



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

LAS DROGAS Y SUS CONSUMIDORES UN ESTUDIO PSICOSOCIAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

VALERIANO RAÚL GARCÍA AURRECOECHEA

JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTORA: DRA. ISABEL REYES-LAGUNES
COMITÉ: DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
DR. GUILHERME LUIZ GUIMARAES BORGES
DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ
DRA. MARÍA ELENA TERESA MEDINA-MORA ICAZA
DRA. PATRICIA ANDRADE-PALOS
DR. JUAN JOSÉ SANCHEZ-SOSA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A la memoria del queridísimo *maestro* **Dr. Rogelio Díaz-Guerrero**,
cómplice de este proyecto.

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis hubiera sido imposible sin la participación de instituciones e individuos que coadyuvaron en su conformación, desarrollo y conclusión, por lo que la considero como un trabajo de colaboración, en el cual intervinieron personalidades de alto nivel profesional y excelencia académica.

En primer lugar extiendo un amplio reconocimiento al distinguido Comité Tutorial, designado por el Comité Académico de Maestría y Doctorado en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, por la consistente guía y orientación que ofrecieron durante todo el proceso y que permitieron el desarrollo y conclusión satisfactorios del proyecto.

Un reconocimiento póstumo al Dr. Rogelio Díaz-Guerrero, a quien tuve el honor de tener como tutor principal de esta tesis, puesto que ha sido un deleite –que no termino de disfrutar– haber conocido a una persona con su *don de gentes* y aprendido de un maestro de tal brillantez. Conservo hacia su memoria sólo agradecimiento por su respeto, confianza, generosa disposición y apertura. Mucho de este trabajo es producto de sus magistrales consideraciones, que mejoraron la metodología, incrementaron la consistencia interna y lo simplificaron, aun dentro de la complejidad de los esquemas del análisis multivariado.

A la Dra. Isabel Reyes-Lagunes –tutora adjunta y principal–, por sus exhaustivas, rigurosas y acertadas observaciones del más alto nivel académico, le agradezco la distinción de haberse interesado por el proyecto.

A la Dra. María Elena Medina Mora Icaza, por su dedicación y paciencia para discutir a fondo los aspectos metodológicos, operativos y epistemológicos del proyecto, con argumentos esenciales –que han tenido un efecto formativo en mi trayectoria de investigador– le externo respetuosamente mi aprecio y reconocimiento.

Al Dr. Guilherme Luiz Guimaraes Borges, le agradezco su participación, puesto que el proyecto se benefició con a su experiencia como investigador, aportándole rigurosidad en el trabajo de campo. También le agradezco la seriedad de su trabajo como tutor adjunto externo, que sin duda tuvo un efecto importante en mi formación académica.

A la Dra. Sofía Rivera Aragón, por su confianza y sus medulares puntos de vista, los cuales despertaron reflexiones que orientaron favorablemente el rumbo del proyecto.

A mi maestra Lucy Reidl le agradezco su participación como tutora, sobre todo por la paciencia con que ayudó a clarificar el diseño y los objetivos del proyecto, lo formativo de sus certeras observaciones y por compartir, con elegancia y sencillez, su buen humor.

A la Dra. Patricia Andrade Palos por su amable y rigurosa disposición, pues gracias a sus orientaciones se logró dar solidez a la justificación social del proyecto y simplificar la exposición de resultados de los significados psicológicos de los grupos.

Por otra parte, extendiendo un amplio reconocimiento a Centros de Integración Juvenil, A.C. por el apoyo aportado para el desarrollo y consecución del estudio. En particular al Dr. Ricardo Sánchez Huesca, Director del Área de Investigación y Enseñanza, por haber avalado y seguido con interés el desarrollo del proyecto; al Psic. Bruno David Díaz Negrete, Subdirector de Investigación, por su generoso apoyo y medulares observaciones operativas, que permitieron la obtención de las muestras usuarias actuales por tipo de droga. Asimismo, al Psic. Mario Balanzario Lorenzana, Jefe del Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica (DICE), por avalar el acceso a las bases de datos epidemiológicas de los pacientes atendidos, lo que permitió determinar de manera precisa las características de las muestras.

Un reconocimiento especial a la Psic. Sara Gracia Gutiérrez de Velasco, investigadora del DICE, por el apoyo logístico aportado en el monitoreo de la aplicación de cuestionarios a los consumidores de drogas, así como por sus aportaciones teóricas que ayudaron a fortalecer la metodología del trabajo.

Se agradece también ampliamente a los(as) Directores(as) y psicólogos(as) de los equipos médico-técnicos de los siguientes 17 Centros de Integración Juvenil del Área Metropolitana: Benito Juárez, Coyoacán, Chalco, Ecatepec, Iztapalapa Sur, Miguel Hidalgo, Tlalnepantla, Tlalpan, Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Cuauhtémoc Oriente, Gustavo A. Madero Norte, Iztapalapa Centro, Naucalpan, Nezahualcóyotl, Venustiano Carranza y la Unidad Especializada de Tratamiento y Consulta Externa Zona Norte, por la profesional colaboración y generosa disposición que mantuvieron para la selección y aplicación de cuestionarios a las muestras de

consumidores de las drogas en estudio.

Finalmente un agradecimiento a los(as) psicólogos(as) que participaron como jueces en la clasificación de los significados psicológicos estudiados en componentes subjetivos positivos, negativos y neutros: Dra. Maria Elena Medina-Mora, Dra. Shoshana Berenzon, Mtra. Marcela Tiburcio, Mtra. Solveig Eréndira Rodríguez Kuri, Psic. Edith Flores Pérez, Psic. Sara Elisa Gracia Gutiérrez de Velazco, Dr. Alberto Córdoba Alcaráz y Psic. y Soc. José Luis Chacón Moreno.

ÍNDICE

Introducción	13
Antecedentes	19
Farmacología y el Circuito de Recompensa	19
Cocaína	
Marihuana	
Epidemiología	25
Panorama Internacional	
El Consumo de Marihuana y Cocaína en México	
El Uso de Drogas Ilícitas en Solicitantes de Tratamiento	
Factores de Riesgo y Protección del Consumo de Drogas	31
Tratamiento de las Adicciones	46
Prevención del Consumo de Drogas	49
Marco Teórico	53
Las Necesidades como Origen de los Valores	54
Grado de Satisfacción de las Necesidades	57
La Psicopatogénesis en la Teoría de la Motivación de Maslow	60
Significados Psicológicos	65
Filosofía de Vida	70
Método	73
Instrumentos y Técnicas Aplicadas	74
Análisis Asociativo de Grupo	
Indicadores de Riesgo y Protección	
Confiabilidad de los Instrumentos	
Fases del Estudio	79
Hipótesis	80
Fase Uno: Comparación de Medias	
Fase Dos: Modelos Predictivos <i>ex-post-facto</i>	
Participantes	86
No Usuarios de Drogas	
Usuarios de Marihuana	
Usuarios de Cocaína	
Usuarios de Marihuana y Cocaína	

Resultados	89
Fase Uno	89
Grado de satisfacción de las necesidades	
Significados psicológicos	
Pesos Relativos	
Índices de Dominancia Evaluativa	
Filosofía de vida	
Fase Dos	101
Regresiones logísticas por pares	
Uso de marihuana	
Uso de cocaína	
Uso de marihuana y cocaína	
Análisis discriminante confirmatorio de cuatro grupos	
Muestra de análisis	
Ampliación de la muestra	
Fase Tres	110
Indicadores de Riesgo y Protección del Consumo de Drogas	
Familia	
Amigos	
Autoconcepto	
Cocaína	
Marihuana	
Discusión	117
Fase Uno: Necesidades de Tratamiento	120
Grado de Satisfacción de Necesidades	
Significados Psicológicos	
Filosofía de Vida	
Fase Dos: Necesidades de Prevención	130
Fase Tres: Indicadores de Riesgo y Protección	136
Factores Asociados al Consumo de Drogas	150
Integración	153
Bibliografía	165

FIGURAS, FOTOS, MAPA, GRAFICAS, FÓRMULA Y TABLAS

• Figura 1. Circuito de recompensa	20
• Figura 2. Molécula de cocaína	21
• Figura 3. Efectos de la cocaína en la transmisión sináptica	23
• Figura 4. Composición química de algunos <i>cannabinoides</i>	24
• Figura 5. Ejemplo de reactivo pictográfico	57
• Foto 1. Cocaína en polvo	21
• Foto 2. Piedras de crack	22
• Foto 3. Bote adaptado para fumar crack	22
• Foto 4. Brotes desecados de <i>cannabis sativa</i>	24
• Mapa 1. Panorama mundial del consumo de drogas, 1998-2002	26
• Gráfica 1. Prevalencia del uso de marihuana y cocaína en México en 2002	27
• Gráfica 2. Uso de drogas alguna vez en solicitantes de Tx. en CIJ, 1990-2006	29
• Fórmula 1. Índice de Dominancia Evaluativa (<i>IDE</i>)	77
• Tabla 1. Necesidades deficitarias estudiadas	71
• Tabla 2. Pesos Relativos (PR)	76
• Tabla 3. Diferencias en grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas	90
• Tabla 4. Diferencias en grado de satisfacción de las necesidades de seguridad entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas	91
• Tabla 5. Diferencias en grado de satisfacción de las necesidades de estima entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas	92
• Tabla 6. Diferencias en grado de satisfacción de las necesidades afectivas entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas	94

• Tabla 7. Diferencias en el Índice de Dominancia Evaluativa de la palabra FAMILIA entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas	97
• Tabla 8. Diferencias en el Índice de Dominancia Evaluativa de la palabra AMIGOS entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas	98
• Tabla 9. Diferencias en el Índice de Dominancia Evaluativa de la palabra YO entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas	98
• Tabla 10. Diferencias en el Índice de Dominancia Evaluativa de la palabra COCAÍNA entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas	99
• Tabla 11. Diferencias en el Índice de Dominancia Evaluativa de la palabra MARIHUANA entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas	99
• Tabla 12. Diferencias en las Subescalas de Filosofía de Vida entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas	100
• Tabla 13. Estadísticos predictivos de la protección del uso de marihuana	103
• Tabla 14. Estadísticos predictivos de la protección del uso de cocaína	104
• Tabla 15. Estadísticos predictivos de protección del uso de marihuana y cocaína	105
• Tabla 16. Porcentajes de clasificación correcta de los grupos pronosticados en relación a los grupos de pertenencia en la muestra de análisis	107
• Tabla 17. Porcentajes de clasificación correcta de los grupos pronosticados en relación a los grupos de pertenencia con la ampliación de la muestra	109
• Tabla 18. Variables en el análisis discriminante confirmatorio de cuatro grupos	109
• Tabla 19. Indicadores de riesgo y protección del consumo de marihuana, cocaína o ambas drogas relacionados con la FAMILIA	110
• Tabla 20. Indicadores de riesgo y protección del consumo de marihuana, cocaína o ambas drogas relacionados con los AMIGOS	112
• Tabla 21. Indicadores de riesgo y protección del consumo de marihuana, cocaína o ambas drogas relacionados con el AUTOCONCEPTO	114
• Tabla 22. Indicadores de riesgo y protección del consumo de COCAÍNA	115
• Tabla 23. Indicadores de riesgo y protección del consumo de MARIHUANA	116
• Tabla 24. Necesidades insatisfechas en los usuarios actuales de marihuana y/o cocaína	121

RESUMEN

Con el fin de establecer las bases para el desarrollo de una línea de investigación enfocada en operacionalizar las implicaciones clínicas de la teoría de la motivación de Maslow y en retroalimentar estrategias para tratamiento y prevención del consumo de drogas y sus trastornos relacionados, se diseñó un estudio transversal, *ex post-facto*, con cuatro muestras independientes, no probabilísticas, de adolescentes y adultos jóvenes urbanos del sexo masculino: tres de las cuales fueron de solicitantes de tratamiento a Centros de Integración Juvenil, usuarios actuales de marihuana (n=47), cocaína (n=47) y de ambas drogas (n=50) y una de estudiantes y trabajadores no usuarios de drogas ilícitas (n=151). En la Fase uno se comparó el *grado de satisfacción* de 16 Necesidades de Deficiencia —correspondientes a los niveles de Fisiológicas: *salud, comer, dormir*; Seguridad: *tranquilidad, orden, seguridad emocional y justicia en la familia*; Afectivas: *amistad, amor, respeto y cariño* y; de Estima: *poder, dominar, éxito y dinero*—, de los *Índices de Dominancia Evaluativa* de los *Significados Psicológicos* de las palabras clave: *yo, familia, amigos, cocaína y marihuana* y de cuatro Subescalas de Filosofía de Vida: *amor-poder, obediencia, resignación y cautela vs. audacia*. En la Fase dos se elaboraron modelos predictivos a partir de las variables que mostraron diferencias en la F1. En la Fase tres, a partir de las *Puntuaciones de Predominio* de los *Significados Psicológicos* de las palabras clave mencionadas, se identificaron indicadores de riesgo y protección del consumo de marihuana, cocaína o ambas sustancias. Los resultados evidenciaron deficiencias de satisfacción en 14 de las 16 necesidades estudiadas en los usuarios de drogas (la excepción fueron comer y dormir), una menor valoración de *sí mismo*, depresión, ansiedad y problemas de conducta, así como riesgos *microsociales* tales como violencia, agresividad y relaciones adversas con la *familia* y los *amigos*, además de una mayor valoración de las drogas, a partir de indicadores que revelan el *gusto* producido por su consumo. En contraste, entre los no usuarios de drogas se encontró una mayor evaluación del *yo*, con indicadores que la asocian con la *capacidad individual de satisfacción* y más *relaciones satisfactorias* con la *familia* y con sus *amigos*, con indicadores relacionados con la satisfacción de necesidades deficitarias y su disfrute asociado: *diversión, alegría, felicidad, etc.*, posiblemente relacionado con la activación del circuito de recompensa. Los análisis predictivos asociaron con protección del consumo de las drogas la satisfacción de las necesidades deficitarias de *salud, tranquilidad, justicia en la familia, respeto y éxito* (la deficiencia de esta última se asocia con el *complejo de Jonás*), con una mayor valoración de *sí mismo* y los *amigos* y con una menor valoración de las *drogas* (destacándose que *no les gustan*). Se discute que los resultados proporcionan certidumbre a la Teoría de la Motivación de Maslow y aportan elementos sustantivos para el tratamiento, prevención y desarrollo de instrumentos y modelos predictivos del uso de drogas y trastornos relacionados.

Palabras clave: Maslow, motivación, adicciones, prevención, tratamiento.

ABSTRACT

The present study sought to establish the bases for the development of a research line to operationalize the clinical implications of Maslow's motivational theory. An additional purpose was to feedback strategies aimed at preventing and treating drug abuse and its secondary effects. A cross-sectional, *ex-post-facto* study with four independent, non-random samples of urban adolescent and young adult males was conducted. Three samples involved participants seeking help in community youth centers (Centros de Integración Juvenil) with actual use of marihuana (n=47), cocaine (n=47) and both drugs (n=50). The fourth group was composed by non-users students and workers (n=151). A survey first explored 16 deficit needs —including Physiological: *health, eating and sleeping*; Safety needs: *tranquility, order, emotional security and justice within the family*; Affective: *friendship, love, respect and tender*; and Esteem needs: *power, domination, success and money*—, the *Indexes of Assessment Dominance* of the *Psychological Meaning* of the key words: *me, family, friends, cocaine, and marihuana*; as well as along four Philosophy-of-life Sub-scales: *love-power, obedience, resignation, and caution-audacity*. A second phase involved developing predictive models on the basis of those variables showing differences during the first phase. Finally, a third phase sought to identify risk and protective indicators from the *Predominant Punctuations* of the *Psychological Meaning* for the aforementioned key words, regarding marihuana and/or cocaine use. Results showed drug-user satisfaction deficits in 14 of the 16 analyzed needs with the only exceptions of eating and sleeping. Drug users also showed lower self value and symptoms of depression, anxiety and behavioral maladaptation in addition to such micro-social risks as violence, aggressiveness and aversive relations with family and friends. They also overvalued drugs in terms of their pleasurable effects. In contrast, non drug-users showed higher valuation of self and indicators related to individual satisfaction abilities and more satisfying relations with family and friends. Their indicators related to satisfying deficit needs and their associated enjoyment: recreation, joy, happiness, etc., probably associated to a reward cycle activation. Predictive analyses revealed associations with protecting against drug use, deficit need satisfaction regarding *health, tranquility, family justice, respect and success* (the deficit of this last one probably relates to the “Jonah complex”), and It also includes higher *self* and *friends* evaluation and lower *drugs* evaluation, including disliking them. It is discussed that the present results support Maslow's motivation theory and contribute with key elements for treating and preventing drug abuse as well as for the development of instruments and predictive models regarding drug use and other related disorders.

Key words: Maslow, motivation, addictions, prevention, treatment

Entre los trastornos mentales que se han estado manifestando en la sociedad en el nivel global en las diversas culturas y que ha cobrado en los años recientes mayor relevancia se encuentra el del consumo de drogas ilegales, siendo la marihuana –desde finales de los sesenta– y más recientemente la cocaína y su derivado el *crack* –a partir de la década de los noventa– los dos tipos de sustancias con mayor prevalencia, tanto en México como en el Hemisferio Occidental (García-Aurrecoechea, 2001; OMS, 1993; OPS/OMS, 2004; Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Geografía e Informática, 2002).

Esta problemática se ha presentado con mayor frecuencia entre los adolescentes y los adultos jóvenes del sexo masculino de las comunidades urbanas, por lo cual las 100 unidades de atención de problemas de farmacodependencia con las que actualmente cuenta Centros de Integración Juvenil¹ a lo largo del país tienen que enfrentarse cotidianamente con estos trastornos y sus problemas relacionados, teniendo la responsabilidad de ofrecer alternativas a los más de 20,000 usuarios de drogas ilegales que anualmente solicitan tratamiento (García-Aurrecoechea, Castillo y Guerrero, 2004; Gutiérrez-López y Castillo-Franco, 2007).

El hecho de que los jóvenes sea la población más afectada ya ha sido reportado también en estudios de tipo longitudinal (Chen y Kandel, 1995; Yamaguchi y Kandel, 1984), datos que entre otras cosas, identifican que el consumo de drogas ilícitas se tiende a interrumpir alrededor de los 29 años.

1 Institución, descentralizada del Sector Salud, dedicada a la prevención, tratamiento e investigación de la farmacodependencia.

Ante el alcance social de esta problemática, algunos autores como Andrade-Palos (1998) han considerado importante incluir variables de tipo psicosocial en estudios encaminados a dilucidar predictores de las problemáticas sociales entre la juventud, incluyendo al consumo de drogas, lo cual permitiría contar con elementos clave para el desarrollo de programas preventivos efectivos.

Con base en la anterior afirmación y considerando que también era posible contribuir con elementos para el diagnóstico y el tratamiento de las adicciones, se propuso el interés por el estudio de algunas variables psicosociales relevantes que pudieran también tener implicaciones clínicas.

Como marco teórico se retomó la vertiente clínica del abordaje psicosocial de la teoría de la motivación de Maslow (1954/1970a; 2001a; 2001c), la cual plantea que son los grupos microsociales con quienes se relaciona el individuo, aunado a sus propias potencialidades, los que inciden en la salud mental, mediante la capacidad que tienen para satisfacer sus necesidades deficitarias, ya sea relacionamente, como cognoscitivamente. De manera que se consideró factible de probar este planteamiento: 1) con base en la operacionalización de los componentes de esta teoría, propuesta por Díaz-Guerrero (1967), 2) integrando a esta teoría los componentes reportados como riesgo y protección del consumo de drogas y 3) verificando la asociación de esta problemática con algunas variables psicosociales relevantes, tales como las *Subescalas de filosofía de vida* y los *significados psicológicos* de temas asociados con el consumo de drogas, como el *self*, la *familia*, los *amigos* y las propias drogas consumidas: *cocaína* o *marihuana*.

El estudio cuenta como antecedentes investigaciones sobre la psicología de la cultura mexicana desarrolladas por Díaz-Guerrero y sus colaboradores, en particular acerca del *Grado de satisfacción de necesidades* (Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 2001), las *Subescalas factoriales de filosofía de vida* (Andrade Palos, 1998) y la técnica del *Análisis Asociativo de Grupo* para estudiar los significados psicológicos (Díaz-Guerrero y Szalay, 1993).

En términos generales esta tesis se ha propuesto establecer las bases para desarrollar una línea de investigación, pionera en el campo de las adicciones y la salud mental, que ponga a prueba el postulado de psicopatogénesis de la teoría de la motivación de Maslow (1954/1970b; 1990a; 2001b), con el fin de aportar elementos sustantivos para el tratamiento y la prevención (Marsden, Ogbourn, Farrell y Rush, 2000), así como para la construcción de instrumentos y el desarrollo de modelos predictivos del fenómeno del consumo de drogas y sus trastornos relacionados, a partir de evaluaciones y comparaciones en muestras de usuarios de las principales sustancias de consumo ilegal y de no usuarios de drogas ilegales.

Lo cual resulta pertinente, dado que a pesar de que la teoría de la motivación de Maslow y su pirámide de necesidades se conocen ampliamente, son particularmente las necesidades de logro (de auto actualización y de auto crecimiento) las que han despertado el interés en la sociedad, dando como resultado un mayor énfasis en la producción de estudios con una perspectiva psicológica individual del desarrollo.

Dicho desarrollo resulta paradójico si se considera que la teoría de Maslow plantea que las necesidades tienen mayor relevancia mientras más cerca se encuentran de la base y solamente después de lograr la satisfacción consistente de las necesidades

deficitarias de tipo instintoides que es posible la aparición del sentimiento altruista que acompaña la construcción cognoscitiva de las necesidades de auto realización.

El resultado es que existen pocos estudios sobre la vertiente clínica de la teoría de Maslow y ninguno que se conozca que se enfoque en el área de las adicciones, en los que se haya evaluado la presunta deficiencia de satisfacción de necesidades entre los consumidores de drogas, considerándola como una variable mediadora de la problemática, lo cual implica el abordaje desde una perspectiva psicosocial, toda vez que en la satisfacción de las necesidades deficitarias juega un papel relevante el tipo de relaciones establecidas con el medio microsocia l de la familia y los amigos (sin olvidar también el potencial individual), dado que son las fuentes que pueden facilitar o impedir la satisfacción de las necesidades deficitarias instintoides: fisiológicas, de seguridad, de afecto y de estima, facilitando con ello el establecimiento de un saludable estado anímico.

En este sentido, es conveniente señalar que esta línea de investigación ha producido una serie de informes y artículos que han aportado validez de constructo a los postulados de *Psicopatogénesis* y del *Complejo de Jonás* de la teoría de la motivación de Maslow (García-Aurrecochea, Díaz-Guerrero y Medina-Mora, 2007; García-Aurrecochea, Díaz-Guerrero y Reyes-Lagunes, 2006; García-Aurrecochea y Gracia, 2004) y han identificado, en el contexto de esta teoría, indicadores de riesgo y protección del consumo de drogas y sus trastornos relacionados (García-Aurrecochea, Díaz-Guerrero, Reyes-Lagunes, Medina-Mora, Andrade-Palos y Reidl, 2006), de los cuales ha derivado una escala multifactorial de riesgo y protección de estas problemáticas (García-Aurrecochea, Rodríguez-Kuri y Córdova, 2006), produciendo

factores que han sido útiles para el desarrollo de modelos estadísticos estructurales (García- Aurrecochea, Rodríguez-Kuri y Córdova, en preparación) y el desarrollo piloto de programas de tratamiento multifactoriales del consumo de drogas y sus trastornos asociados (García-Aurrecochea, Gracia, Gutiérrez-López, Balanzario y Guerrero-Huesca, 2005; García-Aurrecochea, Fukushima, Gracia, Jiménez-Silvestre y Cielo, 2006; García-Aurrecochea, Jiménez-Silvestre y Gracia, en preparación).

ANTECEDENTES

El presente capítulo organiza la información relacionada con el consumo de marihuana y cocaína en tres apartados: el primero expone aspectos farmacológicos, enfatizando la capacidad de las sustancias psicoactivas para intervenir en la Activación del Circuito de Recompensa, el segundo resume el panorama epidemiológico del uso de drogas en el plano internacional y nacional, así como por grupos vulnerables y entre solicitantes de tratamiento a Centros de Integración Juvenil y finalmente, el tercer apartado sintetiza un conjunto de estudios empíricos cuantitativos que reportan asociación estadística entre factores psicológicos y psicosociales con riesgo o protección del consumo de drogas y finalmente en el cuarto apartado se presenta un resumen del tratamiento y la prevención que se realiza actualmente en nuestro país.

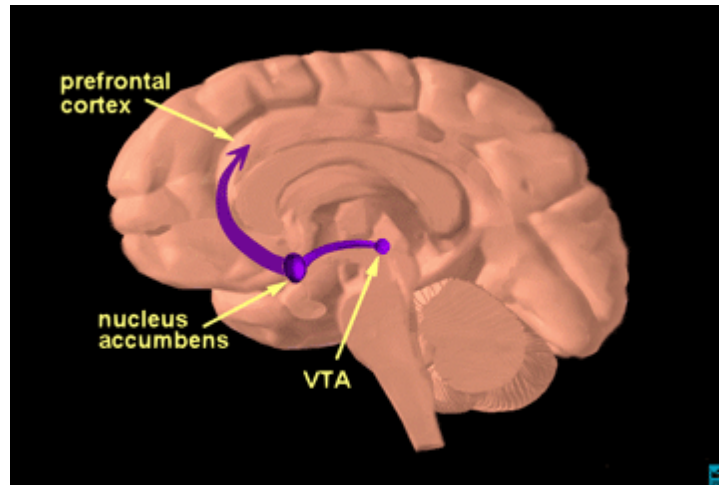
Farmacología y el Circuito de Recompensa

La comunicación de las neuronas en el cerebro se realiza por medio de los mecanismos de neurotransmisión, los cuales forman circuitos que regulan distintas actividades, entre las que se encuentra una función de gratificación, consistente en un sentimiento de placer relacionado con una experiencia agradable, como saborear un pedazo de pastel o recibir una felicitación.

Con base en estudios de imágenes cerebrales de animales y de sujetos humanos, realizados sobre todo por medio de la tomografía por emisión de positrones, ha sido posible delinear los sistemas neurotransmisores y los circuitos neuronales que son alterados por el consumo de drogas (Volkow, 2005), pudiéndose concluir que las drogas de abuso —como la cocaína y la marihuana— modifican algunos de los complejos procesos de neurotransmisión relacionados con la función de gratificación en

el llamado **circuito de recompensa** (Volkow, Fowler y Wang, 2003), el cual abarca el área ventral del tegmento (VTA), el núcleo accumbens y la corteza prefrontal.

Figura 1. Circuito de recompensa



Fuente: <http://www.psy.plym.ac.uk/year3/psy337DrugAddiction/theorydrugaddiction.htm#theoriesofdrugaddiction>

Las señales neurotransmisoras viajan por el circuito en forma de impulsos eléctricos, a lo largo de una red de neuronas, en forma similar a la manera en que se traslada la electricidad a través de una red de alambres (Figura 1).

En forma más específica, se ha encontrado que entre los efectos comunes producidos por el consumo de sustancias se encuentra el incremento en la liberación de *dopamina*, lo cual es asociado con sensaciones placenteras, aunque el uso crónico de drogas produce hipofunción de los circuitos neuronales (Lingford-Huges, 2005).

A continuación se presenta información farmacológica específica sobre drogas legales e ilegales, la cual estuvo basada en gran parte en el Manual de Farmacoterapia de CIJ elaborado por Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez-Huesca y Souza (2001).

Cocaína

El consumo de la hoja de la planta de coca, tanto en forma masticada como por medio de infusiones, ha sido realizado desde épocas prehispánicas por los indígenas andinos, sin embargo, la diseminación de la producción y uso de la cocaína en el mundo Occidental es relativamente reciente, abarcando desde las últimas décadas del siglo XX (Brailowsky, 1995) a la fecha, siendo la cocaína el nombre coloquial de el *clorhidrato de cocaína*, sustancia derivada de la hoja de la coca, cuya producción, tráfico y posesión es considerada ilegal en la mayor parte del mundo, así como en nuestro país (Ley General de Salud, 2005).

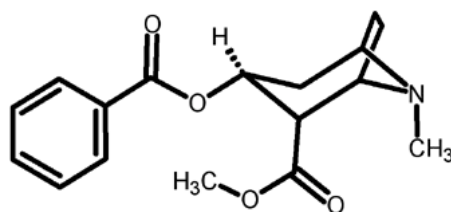
El *clorhidrato de cocaína* es un estimulante con la apariencia de un polvo blanco similar al bicarbonato de sodio (Foto 1) o como pequeñas piedras, presentando un sabor amargo. Este alcaloide es obtenido de las hojas de la planta *Erythroxylon coca* y de otras especies del mismo género y por su estructura química es la de una base aminoalcohólica relacionada con la atropina, constituida por un éster del ácido benzoico y una base que contiene nitrógeno (Figura 2).

Foto 1. Cocaína en polvo



Fuente: <http://www.camporenacimiento.com>

Figura 2. Molécula de cocaína



Cocaine (C₁₇H₂₁NO₄)

Image by Erowid, © 2001 Erowid.org

Fuente: <http://www.erowid.org>

La cocaína en polvo suele consumirse en forma aspirada por la nariz, también puede fumarse combinada con tabaco o marihuana y disuelta en agua destilada para inyectarla en forma intravenosa.

Por otra parte, el *crack* es una variedad de la cocaína base, conocida también como *pedra*. Se trata de una forma compleja, no ionizada y sólida de cocaína más barata, debido a que es una variedad impura, de baja concentración y con efectos más cortos. Se utiliza fumada en dispositivos especialmente diseñados para ello y en comparación con la vía inhalada, la absorción de la sustancia es más inmediata, aunque también produce una dependencia orgánica más rápida (Fotos 2 y 3).

Fotos 2 y 3. Piedras de crack y bote adaptado para fumarlo

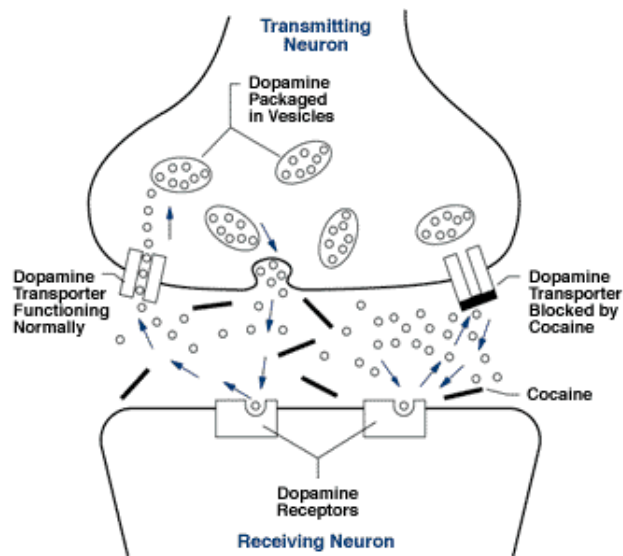


Fuente: <http://www.drugscope.org.uk>

La cocaína no produce un efecto único, sino que ejerce acciones múltiples y simultáneas, aunque su acción euforizante parece deberse al bloqueo de recaptura neurotransmisores, lo que forma un incremento en las concentraciones de estas sustancias en la hendidura sináptica, creando un aumento de la neurotransmisión en los sistemas mesolímbicos y mesocorticales dopaminérgicos asociados con la gratificación, produciendo un sentimiento de clímax particular.

El efecto ejercido por la cocaína al ingresar al circuito de recompensa es el de bloquear las bombas de recaptura de dopamina, con lo cual el neurotransmisor se acumula en el espacio intersináptico y produce sentimientos de placer en los consumidores (Figura 3).

Figura 3. Efectos de la cocaína en la transmisión sináptica



Fuente: http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol13N2/Brain.html

Marihuana

La marihuana es una planta con sexo masculino y femenino que ha sido cultivada por diferentes culturas en el mundo desde épocas antiguas. En el caso de la planta macho (más conocida como *cáñamo*), su cultivo ha sido con el fin de obtener fibras para la elaboración de cuerdas, mientras que la planta hembra (también conocida como *cannabis*) ha sido utilizada con fines psicotrópicos. Históricamente la primera descripción que se tiene de la planta de *cannabis* data de 2737 a.C. y fue realizada por el emperador chino Shen Nung, quién la prescribía como tratamiento de la gota, la malaria, algunos dolores y falta de concentración (Brailowsky, 1995).

Se han reconocido tres especies de marihuana: *cannabis: indica*, *ruderalia* y *sativa*, siendo en América más conocida ésta última. La marihuana se consume generalmente a través de la inhalación del humo de cigarrillos, aunque también puede ser ingerida por vía oral, como parte de algunos alimentos preparados.

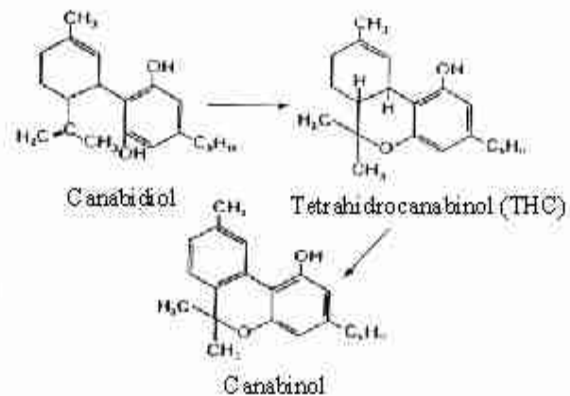
Los brotes, floraciones o cogollos de las plantas de marihuana hembra (Foto 4) contienen una resina capaz de producir efectos sobre el estado de ánimo, percepción, procesos cognitivos y el estado de conciencia, por medio de ingredientes químicos activos denominados *cannabinoides*, de los cuales se conocen alrededor de 70, aunque es al *Delta 9 tetrahidrocannabinol (THC)* el principal componente al que se le atribuyen los efectos psicotrópicos experimentados (Balanzario, 2003), pudiendo contener las variedades de más potentes hasta 3% de *Delta 9 THC* (Figura 4).

Foto 4. Brotes desecados de *cannabis sativa*



Fuente:
<http://www.camporenacimiento.com/adiccion/cannabis.htm>

Figura 4. Composición química de algunos cannabinoides



Fuente:
www.mind-surf.net/drogas/marihuana.htm

De tal suerte, pueden variar los efectos producidos por el consumo de *cannabis*, dependiendo de la especie, variedad, temporada de corte, forma de preparación, dosis, vía de administración y personalidad del usuario, habiendo sido estos efectos

clasificados como: a) estimulantes, b) depresores, c) mixtos y 4) alucinógenos.

En el cerebro el THC actúa principalmente en la corteza frontal, el complejo amigdalino temporal, los ganglios basales y otros núcleos profundos relacionados con la activación del circuito de recompensa (Iversen, 2001; Ramos y Fernández, 2000).

Los *tetrahidrocannabinoides*, al ingresar al organismo se transforman en compuestos activos, mientras que el *cannabidiol*, otro compuesto natural pero inactivo, modifica los efectos de los componentes activos sobre el pulso y la percepción del tiempo, disminuyendo el estado de euforia producido por el THC.

Por ello el consumo de THC produce una alteración del estado afectivo, que puede consistir en estados de euforia o ansiedad, relacionados con la proporción de los componentes presentes en el tipo de marihuana consumida (García-Aurrecoechea, 2003b). Finalmente, debe señalarse la existencia de estudios que proponen la utilidad médica del *cannabis* (Rodríguez-Kuri, 2003).

Epidemiología

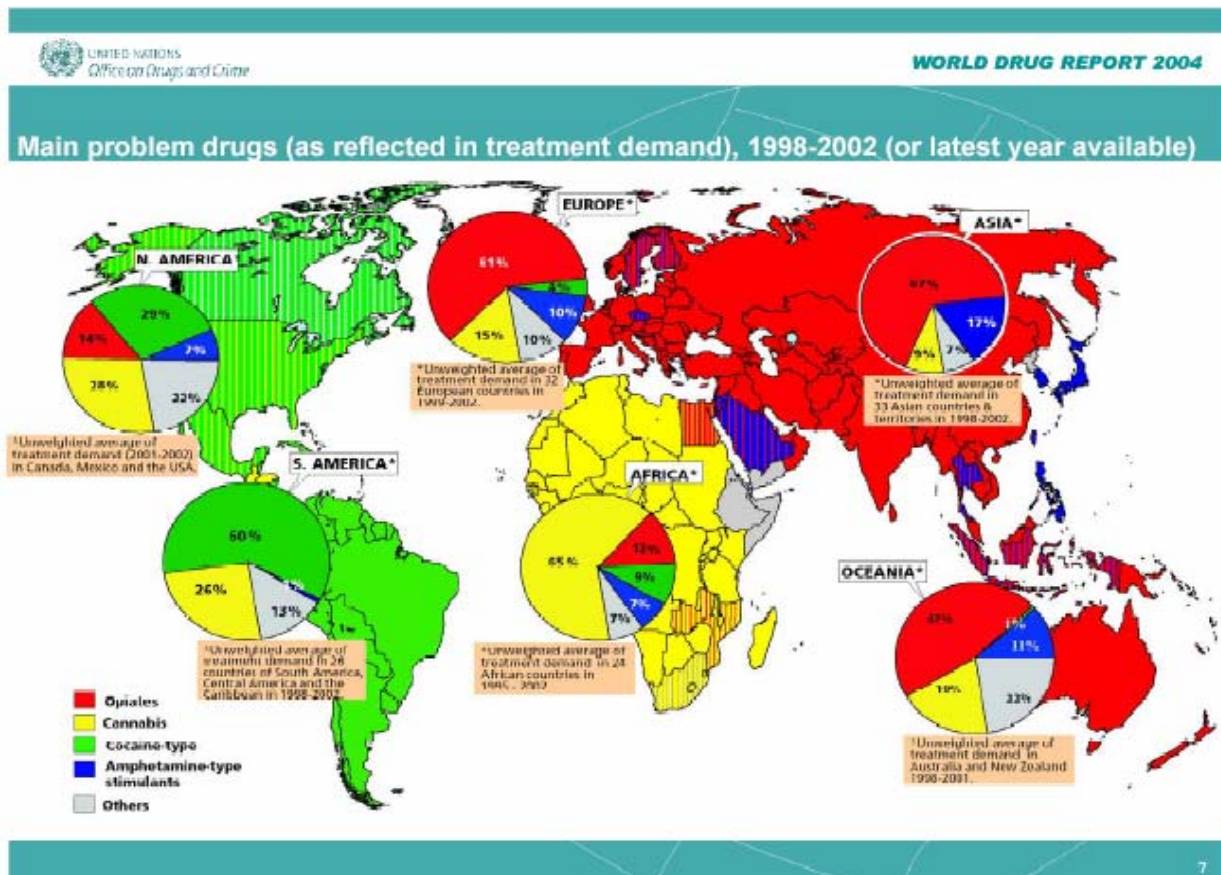
Los estudios epidemiológicos tienen como objetivo describir la distribución de la enfermedad o problemática en términos de la frecuencia de su ocurrencia (Mac. Mahon y Pugh, 1984).

Panorama Internacional

Datos globales recientes, aportados por la Organización de las Naciones Unidas, reportan que la marihuana es consumida por lo menos una vez al año por cerca de 150 millones de personas en el mundo (UNO, 2004). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2004)

ubicar el consumo de marihuana y el de cocaína entre las principales demandas de atención de tratamiento por consumo de drogas ilícitas en América del Norte, con 28 y 29% respectivamente (Mapa 1). De acuerdo con estas fuentes, aproximadamente 9.2 millones de personas han consumido heroína por lo menos una vez al año, lo que equivale a 0.2% de la población mundial.

Mapa 1. Principales problemas de consumo de drogas en el mundo, 1998-2002



Fuente: OPS/OMS (2004). World drug Report 2004.

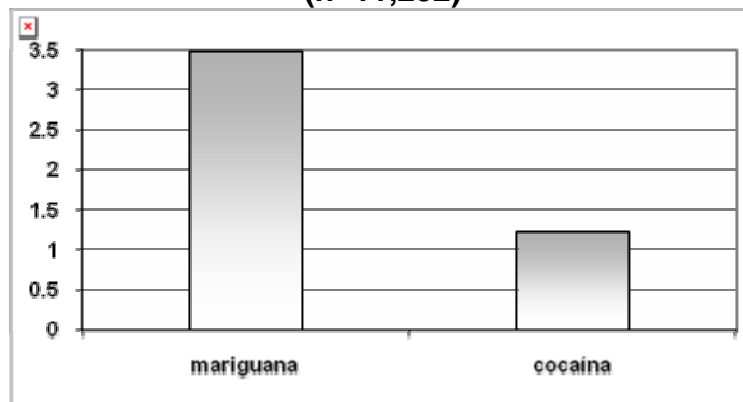
El Consumo de Marihuana y Cocaína en México

Entre las principales fuentes de información sobre el consumo de drogas en México se encuentran los estudios epidemiológicos, realizados por medio de encuestas en hogares. En México se han realizado cuatro Encuestas Nacionales de Adicciones

(ENA), las cuales son representativas de la población entre 12 y 65 años: 1988, 1993, 1999 y 2002.

La ENA 1993 (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, 1993) reporta para el nivel nacional una prevalencia del consumo drogas de curso ilegal alguna vez en la vida (AV) de 3.90% y en el último mes (UM) de 0.44%; para 1998 (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, 1998) estas cifras aumentaron a 5.27% y a 0.83% respectivamente; mientras que en el año 2002 la prevalencia AV fue de 5.03% y en el UM de 0.82% (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Geografía e Informática, 2002), por lo que puede apreciarse una importante tendencia al incremento en el consumo de drogas en la década de los 90. En 2002, entre las sustancias de curso ilegal de mayor consumo, se reportan la marihuana, con 3.48% AV y .31% UM (García-Aurrecoechea, 2003a) y la cocaína, con 1.23% AV y 0.19% UM (Gráfica 1).

Gráfica 1. Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en México en 2002 (n=11,252)



Fuente: Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002).

Por su parte, el Observatorio Epidemiológico de las Adicciones (Medina-Mora, 2001) refiere que entre los estudiantes de educación media y media superior de la Ciudad de

México las drogas de curso ilegal más utilizadas son la marihuana y la cocaína, las cuales primeras presentaron un incremento en el uso alguna vez entre 1991 y 2000, al pasar la marihuana de 2.8% a 5.8% y la cocaína de 1.0% a 5.2% durante este periodo (Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Rojano, Bermúdez y Castro, 2001).

A su vez, un estudio nacional llevado a cabo entre estudiantes de bachillerato abierto en México (n=16,615), reportó que 12.7% había usado marihuana AV y 3.8% en el UM; mientras que 9.8% usó cocaína AV y 3.6% en el UM (Castro y Llanes, 2001).

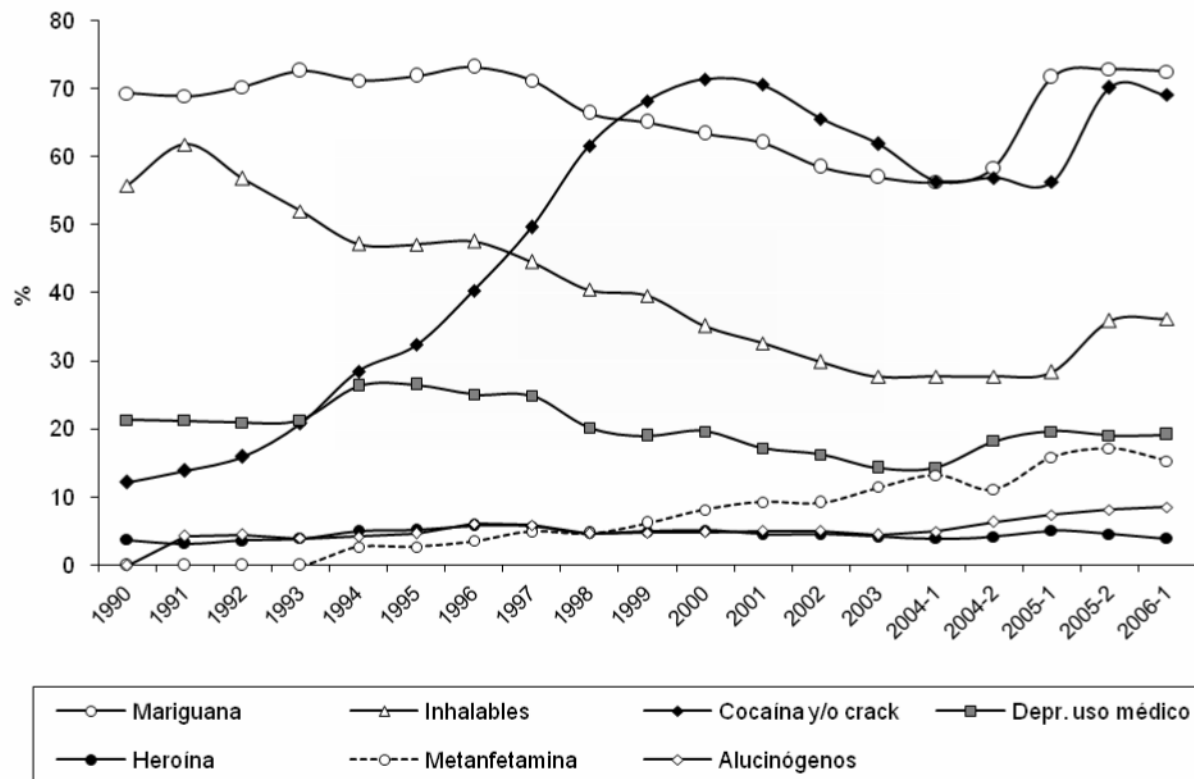
El Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), mecanismo que identifica las tendencias del uso de drogas en la Cd. de México con base en la información del sector salud y de procuración de justicia, reporta que en el periodo 1986-2001, entre las drogas de mayor consumo alguna vez se encontraron la cocaína, que incrementó su uso entre los consumidores de drogas ilícitas durante este periodo de 1.6% a 64.5% y la marihuana, que mostró un decremento durante este periodo, al pasar de 57.0% a 61.8% (Ortiz, Soriano y Galván, 2001).

Finalmente, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), que realiza el estudio del uso de drogas en México, en el contexto del seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas, a partir de los casos reportados por el sector salud y de procuración de justicia en 25 puestos centinela en 18 estados del país, indica que en centros de tratamiento gubernamentales el consumo actual (en el último mes) de la marihuana ha presentado una tendencia al descenso entre 1991 y 2000, alcanzando en 1993 —entre los consumidores de drogas— su pico máximo (27.3%) y 18.6% en el 2000, mientras que la cocaína mostró un fuerte incremento al pasar de 0.9% a 12.7% (Tapia-Conyer, Kuri, Cravioto, De la Rosa, Fernández y Galván, 2001).

El Uso de Drogas Ilícitas en Solicitantes de Tratamiento

Una importante fuente de información epidemiológica de consumo de drogas la constituyen los datos reportados por pacientes que solicitan atención del consumo de drogas, en particular la que aporta Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ), institución dedicada a la prevención, tratamiento e investigación del consumo de drogas desde hace 35 años y que presta servicios a la comunidad en 100 unidades operativas ubicadas en las principales ciudades de la República Mexicana (CIJ, 2006).

Gráfica 2. Uso de drogas alguna vez en la vida entre solicitantes de tratamiento en CIJ, 1990-2006 (N= 212,477)



Fuente: Sistema Institucional de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas, 2007. México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza.

De acuerdo con un estudio de tendencias (García-Aurrecoechea, 2001), una de las drogas que ha alcanzado mayores proporciones de consumo entre pacientes es la

cocaína, la cual presentó un notable incremento en la década de los noventa.

Así, mientras en 1990 se registró una proporción de consumo alguna vez en la vida (AV) de 12.2%, ésta proporción fue incrementando 6.5 puntos en promedio cada año ($R^2 = .95$). Así mismo, el uso último mes (UM) mostró una proporción de uso de 16.3%, en 1994 la cual aumentó 3.9 puntos por año ($R^2 = .75$). De tal manera, a finales de la década (1999) se alcanzaron proporciones de consumo de 68.2% AV y 37.9% UM (Gráfica 2).

Por lo anterior, se señaló que el aumento observado en el consumo de cocaína en los pacientes atendidos en la década de los 90 presentó las características de epidemia, presentando incrementos significativos de importantes proporciones en todas las regiones del país (García-Aurrecochea, 2001), con tasas que se mantendrían los años posteriores, alcanzando para el primer semestre de 2006 69.1% en el caso de AV y 36.1% en UM, presentándose además un incremento notable en las proporciones de consumo de crack. (Gutiérrez-López y Castillo-Franco, 2007).

Por su parte, la marihuana ha presentado elevadas proporciones de consumo entre los pacientes atendidos, aunque se identificó una disminución en el uso AV en el tránsito del milenio, al pasar de 73.2 en 1996 a 65.1 en 1999 y a 58.5% en 2002 y aumentando nuevamente a 72.5% durante el primer semestre de 2006. Asimismo, se aprecia una disminución de 24 puntos en el consumo en el último mes entre 1994 y 1999, al pasar de 54.3% a 30.8% y bajar en 2002 a 21%, para retomar los niveles anteriores en 2006, con 30.5% (Castillo-Franco, Gutiérrez-López y Gracia, 2003; Diaz, Balanzario, Castillo, Gutiérrez y García, 2001; García-Aurrecochea, 2001; García-Aurrecochea, 2003a; Gutiérrez-López y Castillo-Franco, 2007).

Un estudio que analiza las características sociodemográficas y del patrón de consumo de los solicitantes de tratamiento a CIJ, de acuerdo con la sustancia consumida en el último mes, ya identifica algunas diferencias en el perfil de usuarios de marihuana y de cocaína, pues se reporta que los consumidores de marihuana tienen una media de edad de 20 años, en una proporción de 14 hombres por cada mujer, 16% casados, 49% con actividad económica y 18% con nivel preparatoria, mientras que los usuarios de cocaína tenían mayor media de edad (23 años), una proporción de 10 hombres por cada mujer, estaban casados (27%), un poco más reportaron actividad económica (57%) y tuvieron en mayor proporción (26%) niveles de medio superior que los usuarios de marihuana (García-Aurrecoechea, Gutiérrez-López, Casais y Castillo-Franco, 1998).

De tal manera, debido a que los datos anteriores evidencian que las mayores proporciones de los usuarios de drogas, como la marihuana y la cocaína, son jóvenes del sexo masculino, esta tesis se enfocó en estudiar este sector de la población.

Factores de Riesgo y Protección del Consumo de Drogas

Muchas de las investigaciones sobre factores asociados al consumo de drogas no realizan un análisis específico por grupos de usuarios. En este sentido, Levine (1985) señala que el término *abuso de drogas* tiende a utilizarse de manera genérica para denominar el alcoholismo, la adicción a la heroína y otras formas de uso excesivo de sustancias, siendo esto aun vigente y posiblemente se deba a que las dependencias se han considerado dinámicamente indistinguibles, por lo que con frecuencia se utilizan

indistintamente los términos alcoholismo, abuso de drogas y adicción.

Hecha la aclaración anterior, debe destacarse el importante lugar que ocupan en el estudio del problema del consumo de drogas los conceptos de riesgo y protección, los cuales son conceptos muy relacionados. De tal manera, se entiende por factor de protección del consumo de drogas al atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o la transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento) (Clayton, 1992).

Mientras que por factor de riesgo se entiende un atributo y/o característica individual, condición situacional, y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (Clayton, op. cit.). Los enfoques preventivos fundamentalmente se dirigen a fortalecer los factores protectores e incidir sobre los de riesgo, mientras que los enfoques de tratamiento se han centrado fundamentalmente en enfrentar los factores de riesgo (Becoña, 2002b).

Hawkins, Catalano y Miller (1992) han clasificado los factores de riesgo y protección del uso de drogas en macrosociales, microsociales e individuales. Entre los factores de riesgo **macrosociales** se incluyen los relativos al entorno social más amplio en el que se desarrolla un individuo y que conforman una influencia importante en el desarrollo de la conducta de consumo de drogas, aunque esta influencia tiende a ser más bien indirecta, además de que se trata de características del entorno sobre las cuales el individuo no tiene grandes posibilidades de actuar o modificarlas.

Entre algunas variables de tipo sociodemográfico que se han identificado como factores

de riesgo del consumo de drogas pertenecer al sexo masculino (Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván-Castillo y Tapia-Conyer, 2003), ser joven (Denham y Pearl, 2000) y vivir en una situación social económica de pobreza crónica (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Infante y Grotberg, 1998). También se han identificado ciertas variables culturales como la pertenencia a grupos con normas antisociales y la pertenencia a sectas o cultos (Munist et al., 1998). Asimismo, se ha dirigido la atención a procesos comunitarios, como la falta de apego a la comunidad, una elevada movilidad social y la alta densidad poblacional en relación con la conducta desadaptada en general y con el consumo de drogas en particular (Hawkins et al., 1992).

Por otra parte, entre los factores protectores del uso de drogas, se consideran un empleo estable por parte de los padres, la participación en un ambiente cultural con normas grupales positivas y la pertenencia a alguna religión (Munist et al., 1998).

Otro tipo de factores relacionados con el entorno social, pero más próximos al individuo y su ámbito de interacción son los factores **microsociales**, los cuales, además de ejercer una influencia más directa sobre el individuo también son más susceptibles de intervención. Se trata principalmente de factores propios del ámbito de la familia, la escuela, el trabajo y del grupo de pares (coetáneos y amigos) (Hawkins et al., 1992).

Debido a la amplitud de los estudios relacionados con factores familiares y consumo de drogas, se realizó una organización de la información de la siguiente manera:

- Uso de drogas en la familia
- Normas familiares
- Conflicto familiar
- Cohesión familiar
- Agregación de trastornos
- Estructura familiar

Dentro del primer grupo, **uso de sustancias en la familia**, diversos estudios coinciden en apuntar que el uso y abuso de sustancias entre sus integrantes se relaciona con la presencia de expectativas favorables hacia el uso de drogas, así como con un inicio más temprano (Hawkins et al., 1992; Medina-Mora, 2002; Medina-Mora et al., 2003; Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño y Juárez, 1995; Munist et al., 1998; Rodríguez-Kuri, 2004; Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Rojas, Carreño y Berenzon, 1998), inclusive algunos autores, como Coleman (1980), utilizan el término de *familias abusadoras de drogas* para describir a un tipo de grupos familiares en donde al menos uno de sus miembros se halla involucrado en el uso compulsivo de drogas.

También se ha considerado que el uso de drogas por parte de los padres se asocia con el desarrollo de expectativas poco realistas sobre los hijos, una menor tolerancia ante problemas de conducta, el desarrollo de formas agresivas de control, menor satisfacción conyugal, mayor violencia doméstica, pobre funcionamiento familiar y una menor calidad de la estimulación intelectual (Fals-Stewart, 1999; Jester, Jacobson, Sokol, Tuttle y Jacobson, 2000; Spieker, Rogers, Lewis, Morrison y Lohr, 2001).

Con respecto a las **normas familiares** y su relación con el consumo de drogas y los trastornos de conducta se ha encontrado que la falta o inconsistencia de pautas de disciplina parental, la no directividad y excesiva permisividad en el trato con los hijos, la prevalencia de patrones de comunicación negativos o inconsistentes y límites de conducta poco claros, bajas aspiraciones o expectativas poco realistas por parte de los padres y la sobreinvolucración de uno de los padres y las relaciones distantes o permisivas con el otro, constituyen factores de riesgo (Hawkins et al., 1992; Rodríguez-Kuri, Pérez-Islas y

Córdova, 2004).

Entre las características de familias de alto riesgo figuran patrones de comunicación familiar caracterizados tanto por una excesiva autoridad como por una actitud de permisividad, ésta última combinada con la aplicación de castigos violentos. Asimismo, reportan que los padres en estas familias suelen relacionarse con sus hijos adolescentes mediante la aplicación de medidas disciplinarias antes que ofreciendo apoyo (Maltzman, 1991; Schellenbach y Guerney, 1987; Shucksmith, Glendinning y Hendry, 1997). Por su parte, Barnes y Farrell (1992) señalan que el control coercitivo también se asocia con un aumento de problemas de conducta.

Por el contrario, entre los factores protectores o que disminuyen el efecto de factores de riesgo externos, se cuentan la vinculación padres-adolescentes, la calidad de la relación de la madre con los hijos pequeños y la estabilidad psicológica de la madre (Hawkins et al, 1992), el involucramiento familiar, mayor presencia de reglas, monitoreo de los padres y una mayor consistencia en la disciplina (Barnes y Farrell, 1992; Barrera, Biglan, Ary y Li, 2001; Ledoux, Miller, Choquet y Plant, 2002; Rodríguez-Kuri, 2004). Un adecuado ambiente familiar, una buena comunicación paterno-filial, la expresión de afectos y la presencia de vínculos cercanos y de apoyo parental también constituyen factores protectores del uso de drogas en los hijos adolescentes (Anderson y Henry, 1994; Hoffmann y Cerbone, 2002; Hoffmann, Cerbone y Su, 2000; Pérez y Mejía, 1998; Shucksmith et al., 1997).

En este sentido, se ha detectado que la habilidad de la familia para establecer reglas claras sobre el uso de alcohol y drogas tiene un efecto protector mayor que la propia estructura familiar o el conflicto familiar (Abdelraham, Rodriguez, Tyan, French y

Weinbaum, 1998), de tal forma, la existencia de reglas familiares claras, asociadas al monitoreo parental, constituye un factor protector significativo contra el uso de sustancias (Stewart, 2002). Asimismo, una estructura de roles claramente definidos contribuye a prevenir el uso de sustancias, mientras que el funcionamiento disfuncional de roles se relaciona con un mayor consumo (Mckay, Murphy, Rivinus y Maisto 1991; Pérez y Mejía, 1998).

En relación con el tercer grupo, se ha encontrado que el **conflicto familiar** es uno de los factores que mejor predicen el consumo de drogas (Rodríguez-Kuri, 2004), incluso constituye un predictor más fuerte que la misma separación de la familia (Hawkins et al., op. cit.). Diversos autores (Barrera y Stice, 1998; Brody y Forehand, 1993; Farrell y White, 1998; Schellenbach y Guerny, 1987; Wills, Sandy, Yaeger y Shinar, 2001) aportan abundante evidencia empírica acerca de que el uso de sustancias se vincula con situaciones frecuentes de conflicto y de malestar o rechazo en las relaciones paterno-filiales. Por su parte, Stoker y Swadi (1990), encontraron también una relación significativa entre uso de drogas y antecedentes de divorcio, separación y pérdida de miembros de la familia, así como con familias reconstituidas.

Asimismo, las situaciones de **violencia doméstica** y de abuso en la familia también constituyen un antecedente del uso de sustancias en la adolescencia (Chermack, Walton, Fuller y Blow, 2001; Silber, Bermann, Henderson y Lehman, 1993). Barrera, Biglan, Ary y Li (2001) indican que un pobre funcionamiento, situaciones de conflicto y relaciones negativas al interior de la familia predicen uso de sustancias, no obstante, existe el señalamiento de Chassin (1984) en el sentido de que el malestar psicológico y las relaciones familiares problemáticas pueden jugar un papel más importante en el uso

de drogas duras que en el de sustancias como alcohol, tabaco y marihuana.

Con respecto a la **estructura familiar** diversos autores (Challier, Chau, Prédine, Choquet y Legras, 2000; Hoffman y Johnson, 1998; Phares, 1992) encontraron que el uso de sustancias es mayor entre adolescentes de familias encabezadas sólo por el padre o la madre que entre aquéllas con presencia de ambos padres. Similares resultados obtuvo Beaty (1995) en el caso de adolescentes varones. A su vez, Leve y Fagot (1997) refieren que en general, los padres de familias uniparentales tienden a utilizar métodos de disciplina orientados a la resolución de problemas, pero manifiestan también una mayor irritabilidad en el hogar que los padres de familias biparentales.

Por su parte, Friedemann y Musgrove (1994) reportan que en las familias de usuarios de drogas puede observarse un patrón caracterizado por un padre ausente o periférico, También puede presentarse una falta de control conductual o, por el contrario, un abuso de la autoridad con victimización del más débil. En otros estudios también se reporta el predominio de vínculos desligados y de relaciones paterno-filiales distantes (Brook, Brook, De La Rosa, Whiteman, Johnson y Montoya, 2001; Hoffman y Su, 1998). Asimismo, se ha reportado una asociación entre la severidad del consumo de drogas y alcohol y la percepción (por parte del usuario) de una sobreinvolucración de la madre con él (González-Sánchez, García-Aurrecochea y Córdova, 2004).

En el cuarto grupo (**cohesión familiar**), figuran como factores de riesgo la falta de relaciones cercanas y de confianza entre padres e hijos y, en particular, la falta de involucramiento de la madre (Hawkins et al., 1992). Aunque también se ha sostenido que una baja cohesión familiar constituye un factor de riesgo, no sólo de consumo de drogas, sino también de trastornos depresivos y problemas de ajuste escolar

(Machamer y Gruber, 1998; Rodríguez-Kuri et al., 2004).

Por su parte, Bogenschneider, Wu, Raffaelli y Tsay (1998) indican que una menor sensibilidad afectiva por parte de los padres se asocia con una tendencia de los hijos a vincularse con pares usuarios de drogas, lo cual a su vez se relaciona con el consumo de éstas, sobre todo si se considera que en la pubertad los pares comienzan a reemplazar a la familia como agentes de socialización (McBroom, 1994).

En este sentido, Hoffmann (1993, 1995) reporta que la baja sensibilidad afectiva, junto con una menor cercanía y desinterés por parte de los padres generan un mayor riesgo de uso de marihuana entre los adolescentes. Como factores protectores del uso de esta sustancia también se encuentran los lazos fuertes en la familia (Munist et al., 1998).

De manera más amplia, si se considera la **agregación de trastornos** en la familia, se ha detectado, mediante análisis de riesgos familiares, una correlación entre trastornos —tanto bipolares, como de conducta— y uso de sustancias (Biederma, Faraone, Wosniak y Monuteaux, 2000), así como una relación entre abuso de sustancias y maltrato en la familia (Sheridan, 1995). De tal suerte que también se encuentran mayores tasas de consumo de uso de alcohol y otras drogas, así como de trastornos de conducta y personalidad antisocial entre familiares de usuarios de sustancias, en comparación con la población general (Luthar, Glick, Zigler y Rounsaville, 1993; Miles, Stallings, Young, Hewitt, Crowley y Fulker, 1998).

Estas observaciones han llevado a Gil, Vega y Biafora (1998), Kuwata y Suwaki (1998), Tubman y Windle (1995) y a otros autores a sostener la posible existencia de un sustrato común de la prevalencia de múltiples trastornos en la familia, puesto que el efecto acumulativo de factores de riesgo familiares se relaciona fuertemente con un

mayor riesgo de abuso de drogas entre los hijos.

Con respecto a la calidad de la comunicación y la interacción familiares, se ha encontrado que los adolescentes usuarios de drogas tienden a mantener una percepción negativa de las relaciones en su familia, caracterizándolas como distantes y poco confiables (Hawkins et al. 1992), de igual modo, suelen reportar el predominio de actitudes punitivas y de pautas de comunicación empobrecidas (Stoker y Swadi, 1990).

Se ha encontrado que los usuarios suelen manifestar una mayor insatisfacción en las relaciones con sus padres y una percepción negativa de ellos, utilizando para describirlos adjetivos como frío, irritable, abusivo y de mal temperamento (Ledoux et al. 2002; Shah y Aziz, 1994).

Si bien la madre ha jugado un papel primario en las fases más tempranas del proceso de socialización, se ha destacado la importancia de la calidad de la relación de los hijos con el padre. Así, Salem, Zimmerman y Notaro (1998) sostienen que el tiempo compartido con el padre y la significación de la figura paterna para el adolescente ejercen una clara influencia protectora contra el uso de tabaco, marihuana y alcohol, así como contra la depresión, la ansiedad y la conducta antisocial.

Con respecto a la relación entre el uso de marihuana y las prácticas paternas, Brook, Whiteman, Finch y Cohen (2000) reportan que el riesgo de uso temprano de drogas es atenuado por factores protectores relacionados con la personalidad de los padres; así mismo, las relaciones cercanas padre-hijo se asocian con una menor frecuencia del uso de marihuana.

Baumirind (1991), con base en resultados de un estudio longitudinal, indica que los

padres autoritarios (altamente demandantes y responsivos) pueden resultar exitosos en la protección de sus hijos adolescentes ante el problema del consumo de drogas, además de que favorecen el desarrollo de habilidades de competencia en sus hijos. Aunque también señalan que la crianza autoritaria no es una condición necesaria para evitar el consumo de drogas y producir competencia en los hijos.

Sin embargo, la existencia de pautas de interacción cohesivas debe diferenciarse de la **sobreinvolucración** en las relaciones familiares, puesto que estas se encuentran relacionadas con dificultades en el proceso de individuación, en particular cuando tiene lugar entre los adolescentes y sus padres del sexo contrario (Noone, 1983).

Partiendo de la idea de que el funcionamiento familiar reside en la habilidad del sistema para adaptarse flexiblemente al estrés, algunos autores (Duncan, 1983; Kaufman y Borders, 1984; Reilly, 1983) señalan que la aparición del uso de drogas con frecuencia se relaciona con situaciones y eventos familiares traumáticos que no han sido enfrentados adecuadamente o con pautas estereotipadas de respuesta, tales como una tendencia primaria a comunicar mensajes negativos y la negación del duelo ante la pérdida de seres queridos.

Otros estudios han permitido detectar que el uso de drogas se asocia con un ambiente familiar poco estimulante y donde se observan menos intereses y participación en actividades intelectuales, culturales y sociales (Challier et al., 2000; Maltzman, 1991).

En este sentido, Yeh y Hedgespeth (1995) mencionan la relación del uso de drogas con situaciones de desacuerdo en las diadas paternas y maritales, manifiestas en un bajo grado de satisfacción familiar y con estilos disfuncionales de resolución de problemas y de comunicación.

Por su parte, Levine (1985) plantea la posible integración de los sistemas familiares y las teorías de la adaptación del individuo, considerando que el uso de sustancias en los adolescentes se podría comprender mejor como una conducta adaptativa de un individuo inmerso al interior de una familia organizada rígidamente, en donde el uso de sustancias ayudaría al individuo a enfrentar el estrés asociado con las interacciones familiares, convirtiéndose en un medio para elevar la autoestima y afirmar algún control sobre sí mismo y el ambiente, por lo que la familia pudiera estar involucrada de muchas maneras en el patrón de consumo de sustancias.

En este sentido, la asociación antes mencionada del consumo de drogas y alcohol y la percepción del usuario de una **sobrinvolucración de su madre** (González, et al., 2004) se explicaría como una cohesión excesiva, en la cual la madre pretende conocer y saber mejor que el propio joven lo que le ocurre, con escaso respeto por su individualidad.

En este sentido, Noone (1983) señala que un vínculo amalgamado entre el usuario de drogas y su familia tiende a mantener la organización interna y el equilibrio emocional en el desempeño social del sistema, aunque esta situación da lugar, según Weidman (1985), a procesos de pseudo-separación, mientras que, por el contrario, la diferenciación familiar, caracterizada por adecuados niveles de intimidad e individualidad dentro del sistema, se asocia con una mayor madurez psicosocial del adolescente y menor frecuencia de problemas familiares, escolares, abuso de sustancias, depresión y baja autoestima (Gavazzi, 1993).

Por otra parte, es de destacarse la importancia de la relación del individuo no sólo con

la familia sino también con el grupo de pares (coetáneos y amigos) y su influencia en el consumo de drogas. En este sentido Hawkins y Catalano y Miller (2002) indican que durante la infancia y la temprana adolescencia la familia es el entorno dominante, mientras que en la adolescencia media y tardía la principal fuente de influencia es la de los amigos.

Asimismo, se ha considerado que, en algunos casos, las diferencias culturales intergeneracionales se asocian con un mayor uso de drogas (Félix-Ortiz, Fernández y Newcomb, 1998).

Factores escolares. El contexto escolar constituye un espacio de socialización importante, en el cual tienen lugar las primeras interacciones con los pares y el contacto con las primeras figuras de autoridad distintas a las familiares, además de ser el espacio en el que el sujeto tiene la oportunidad de conseguir sus primeros logros socialmente reconocidos (Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 1998).

Medina-Mora y Col. (2003) reportan la **asistencia a la escuela** como un factor protector del consumo de drogas entre los jóvenes varones, mientras que, Guerra-Lobera, Diaz-Negrete, González-Sánchez y Arellanes (1999) refieren un importante efecto protector de la adherencia escolar ante el consumo de drogas, por su parte Munist y Col. (1998) señalan también al éxito escolar como un factor protector. Por el contrario, la deserción escolar (Munist et al., 1998) así como el mal desempeño escolar en los jóvenes varones (Medina-Mora et al. 2003) se asocian con el consumo de drogas.

Con relación al grupo de pares, Rodríguez-Kuri (2004) reporta que involucrarse con pares en actividades de tipo antisocial se asocia con mayor riesgo de consumo de drogas, en este mismo sentido Medina-Mora y Col. (2003) y Munist y Col. (1998)

indican que el uso de drogas, la accesibilidad y permisividad entre los amigos se asocia con un mayor riesgo de consumo. Por el contrario, el rechazo al uso de drogas en el grupo de pares funge como factor protector.

Con respecto al ámbito del **trabajo**, Medina-Mora y Col. (2003) y Medina-Mora, Villatoro y Fleiz (1999) reportan que los menores que trabajan y que perciben un salario experimentan con más frecuencia con drogas.

Factores individuales. Finalmente, además de los factores macro y microsociales, se ha estudiado también la relación entre las conductas problemáticas y variables de tipo individual.

Entre estos factores de riesgo se encuentran el ser **varón** y tener una baja percepción del riesgo del consumo de drogas (Medina-Mora et al., 2003; Medina-Mora et al., 1995), así como ser **joven** (Denham y Pearl, 2000), además de otro tipo de factores de tipo cognitivo, emocional y personal. Entre estos últimos se encuentra la capacidad para la interacción social, ya que en los estudios realizados se ha encontrado una asociación entre la presencia de conductas antisociales y un déficit en las habilidades para establecer relaciones, para expresar las propias opiniones y sentimientos y para interactuar de un modo socialmente eficaz (Scheier y Botvin, 1998).

En este sentido, Munist y Col. (1998) refieren que una fuerte capacidad para la toma de decisiones cumple un papel protector. Por otra parte, el mismo autor señala que la resistencia a la autoridad es un factor de riesgo.

La **autoestima** es una característica que ha despertado interés en su relación con el consumo de drogas, de tal forma, algunos autores han encontrado que la autoimagen y

la autovaloración son factores asociados con el consumo de drogas por parte de los adolescentes (Rodríguez-Kuri y Pérez-Islas, 2002). Por su parte, Bandura (1969, 1999) menciona, en el contexto de su teoría social cognitiva del consumo de sustancias, que la **autoeficacia** es un factor fundamental para el control de la conducta consumidora.

La impulsividad y las dificultades para demorar la gratificación, también se han asociado al consumo de drogas (Luengo, Carrillo, Otero y Romero 1994; Rodríguez-Kuri y Pérez-Islas, 2002), en particular cuando se presentan junto a otras características propias del periodo adolescente, que sitúan al joven en una posición de mayor vulnerabilidad, tales como la necesidad de experimentar sensaciones novedosas, el deseo de estimulación y riesgo y la presencia de valores poco convencionales (Luengo et al., 1998).

Rodríguez-Kuri, Arellanez, Diaz-Negrete y González-Sánchez (1999) reportan que los estudiantes de educación media de la Cd. de México que incurrieron en el consumo de drogas registraron trastornos psicosociales de alta o muy alta severidad. Asimismo, observaron asociación de trastornos de conducta en los últimos 12 meses, bajo control de impulsos y agresividad, con el uso de drogas ilegales alguna vez en la vida; también encontraron relación entre la pertenencia a redes sociales disfuncionales y el consumo actual de sustancias.

Con respecto a los factores individuales de tipo cognoscitivo, se reporta la asociación entre las creencias y actitudes hacia las drogas (como por ejemplo, la función que se atribuye a su uso) y el consumo entre los adolescentes (Chassin, 1984).

Entre los factores de tipo **emocional** destaca la depresión como un importante factor de riesgo del uso de drogas (García-Blancas, 2002; González-Sánchez et. al., 2004; Medina-Mora et al., 2003), así como la ansiedad (Rousanville, 1988; Rousanville,

Kosten, Weissman, Prusoff, Pauls, Anton y Merikangas, 1991) y la ideación suicida (Villatoro et al., 1998).

A su vez, Gracia, Saldivar y Contreras (2002) asocian el consumo de drogas entre los jóvenes, principalmente el consumo de **marihuana**, con cuatro subescalas de búsqueda de sensaciones: a) desinhibición por medio de sustancias, b) gusto por lo inusual, c) gusto por la excitación y d) interés de viajar para obtener experiencias nuevas. Por lo cual, recomiendan como medidas preventivas que la sociedad provea de alternativas viables para satisfacer este tipo de necesidades a las poblaciones de jóvenes en situaciones de riesgo, aunque también se pudiera considerar la construcción de objetivos de tratamiento a partir de la detección de estas necesidades.

Por su parte, Boys, Marsden, Fountain, Griffiths, Stillwell y Strang (1999) consideran que debiera prestarse mayor interés al estudio de los **factores motivacionales** que subyacen a la decisión de los jóvenes de usar drogas o alcohol, dado su potencial para la prevención del consumo de estas sustancias. Así mismo, proponen que el consumo de drogas podría estar determinado por expectativas relacionadas con las drogas, así como por influencias en el nivel social/contextual de la toma de decisiones.

Finalmente, con respecto a algunos aspectos relacionados con el **policonsumo** de drogas, Labigalini, Rodrigues y Da Silveria (1999) reportaron el uso de **marihuana** entre usuarios dependientes de **crack** para aliviar los síntomas de abstinencia de esta última; así mismo, también se reporta entre los consumidores de cocaína una preferencia por los cigarrillos mentolados, en una suerte de sustitución psicológica del deseo de consumir **cocaína** (Wiseman y McMillan, 1998).

Tratamiento de las Adicciones

Es importante destacar los esfuerzos que la psicología clínica ha puesto en marcha para enfrentar el problema de las adicciones en nuestro país, los cuales han llevado a desarrollar distintas formas de abordaje del problema, enfocándose a resolver aspectos particulares del mismo. A continuación se presenta a un panorama general de las formas más relevantes de intervención.

En Oceanía, el plan de tratamiento incluye como metas de largo plazo la abstinencia y la mejoría en la calidad de vida, mientras que como metas de corto plazo, se propone la aceptación del problema, reconocer la necesidad de ayuda, identificar los cambios a realizar y llevar a cabo estos cambios. Cuenta también con una comunidad terapéutica, con un programa preestablecido de actividades terapéuticas, recreativas y ocupacionales. Entre las modalidades terapéuticas que imparte se encuentran la terapia de grupo, la terapia de realidad, la terapia racional emotiva, la terapia breve, la terapia cognitivo conductual, grupos de autoayuda (AA) y terapia familiar sistémica, considerando también la espiritualidad en forma paralela y con un plan post-tratamiento (Vachez, 2004).

Monte Fénix presenta servicios de tratamiento, basados en las aportaciones de la Psicología Humanista, con el enfoque Cognitivo Conductual y con base en la Terapia Sistémica (Sánchez, 2004).

En Centros de Integración Juvenil (CIJ) se ofrecen servicios de tratamiento del consumo de drogas en consulta externa y de hospitalización (desintoxicación-abstinencia y comunidad terapéutica). Se concibe al farmacodependiente como una persona cuya conducta adictiva es el resultado de la interacción de una compleja serie

de factores individuales, familiares y sociales, la cual requiere de un proceso de tratamiento que le permita encontrar opciones de vida saludables y alejarse del consumo, destacando la relevancia de la participación familiar en el tratamiento. También se consideran los grupos de ayuda mutua para mantener la abstinencia y facilitar la participación social (Díaz-Barriga y Riquelme, 2002).

Entre las tipos de terapia ofrecidos por CIJ en las 84 unidades operativas con servicios de tratamiento para las adicciones, ubicadas en las principales ciudades de la República Mexicana (CIJ, 2004), se encuentra el enfoque de terapia breve individual (Malan, 1974; 1983), con base en un tratamiento de tiempo y objetivos limitados, en el que se elabora un contrato entre el paciente y el terapeuta, se consideran también las aproximaciones de la terapia familiar sistémica para el tratamiento psicoterapéutico, a partir de una perspectiva estructural (Bertalanffy, 1973; Minuchin, 1977; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986), con un impulso reciente de la escuela de Roma (Cancrini, 1990; Colleti y Linares, 1997; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

También se estimula la terapia Narrativa (Anderson, 1997; Linares, 1996) que aporta los elementos para analizar aspectos cognoscitivos implicados en la construcción subjetiva de la persona con respecto a su dinámica familiar, como el caso de la familia depresiva (Linares y Campo, 2000) y la forma como son introyectadas por el sujeto (Laing, 1972). En el caso de la terapia cognoscitivo conductual, se incorporan elementos cognoscitivos aplicados al tratamiento de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Asimismo, en CIJ se aplican otras orientaciones, tales como la psicodinámica, la terapia neurolingüística, al tiempo que, ante la reciente aparición del problema del abuso de

cocaína, se impulsa el tratamiento cognitivo conductual de las adicciones (García-Aurrecochea, Jiménez-Silvestre y Gracia, en preparación; NIDA, 1999) y se exploran la efectividad del tratamiento de auriculopuntura.

Un tipo de tratamiento integral que recientemente ha cobrado impulso en CIJ es la modalidad del centro de día, desarrollado a partir de modelos de hospital de día, que ha permitido optimizar la utilización de las instalaciones y la incorporación de redes comunitarias, por medio de convenios con instituciones (Larrañaga, 2004).

Con respecto a la atención del problema del consumo de drogas en el Centro de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la UNAM, se ha desarrollado desde hace varios años el tratamiento de las adicciones desde la perspectiva cognitivo-conductual (Bandura, 1969; 1997), siendo un enfoque indicado para las fases tempranas de abuso del consumo de sustancias.

Esta aproximación ha puesto énfasis en asociar el consumo de drogas con reforzadores externos y con el desarrollo de habilidades de autocontrol, ayudando al paciente a analizar y desarrollar estrategias para evitar y poder enfrentar eficazmente estos reforzadores, destacando el desarrollo de cualidades de auto-confianza y el planteamiento, evaluación y cumplimiento de las propias metas de disminución o abstinencia del consumo de sustancias. Tal es el caso de la propuesta desarrollada por Oropeza (2003) para un tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína, con una duración de ocho sesiones.

Con respecto a los enfoques cognoscitivos con elementos conductuales, se ha considerado de utilidad para mejorar la autoestima y las relaciones sociales la aplicación de las técnicas propuestas para el desarrollo de la asertividad de Flores-

Galaz y Díaz-Loving (2002).

Finalmente, se reconoce la persistente presencia de los grupos de auto ayuda, destacándose Alcohólicos Anónimos [AA] (1955/1977), agrupación que ha demostrado eficacia en tratamiento del abuso del consumo de alcohol, cuando la meta es la abstinencia y también ha mostrado cierta utilidad en el tratamiento del consumo de drogas ilícitas. La técnica utilizada por estos grupos de auto ayuda se le conoce como los 12 pasos (AA, 1955/1977) y se apoya en la espiritualidad.

Prevención del Consumo de Drogas

Hasta hace algunos años las intervenciones preventivas en materia de salud de drogas solían clasificarse en prevención primaria, secundaria y terciaria (Becoña, 2002a). En el primer caso la intervención se dirige a evitar que aparezca el problema, la segunda se aplica en donde el problema está empezando a surgir y se dirige a impedir que evoluciones en su severidad y la tercera se dirige a la población donde la problemática ya se ha presentado y busca evitar complicaciones o recaídas (Secretaría de Salud-CONADIC, 1998; CONADIC, 2000).

Sin embargo, recientemente ha cobrado impulso una nueva clasificación que divide a la prevención en universal, selectiva e indicada. La prevención universal se dirige a la población general o una parte de ésta que no ha sido identificada con base a factores de riesgo individuales, como son las campañas en medios masivos de comunicación o los programas dirigidos a todos los estudiantes (Cuijpers, 2003).

La prevención selectiva se dirige a individuos o grupos en riesgo de usar drogas, como pueden ser los programas dirigidos a hijos de alcohólicos o jóvenes en zonas urbanas de alto riesgo; mientras que la prevención indicada se dirige a personas que no tienen

problemas de adicciones de acuerdo a los criterios diagnósticos, pero que presentan algunas características tempranas de uso problemático, como pueden ser las intervenciones con jóvenes experimentadores, otra variedad en esta última categoría es la intervención temprana, que se dirige a sujetos que presentan problemas de adicción de acuerdo con los criterios diagnósticos, pero no solicitan ayuda (Cuijpers, 2003).

Dentro de la prevención universal, CIJ desarrolla acciones orientadas a incrementar la conciencia y relevancia del problema, las cuales son dirigidas a la población general, que presentan bajos niveles de riesgo y vulnerabilidad, entre las que se encuentran la información y sensibilización de los medios, oferta de información y capacitación a diversos grupos de la población y favorecer el desarrollo de una cultura de salud en las comunidades, entre otras.

Dentro de la prevención selectiva, CIJ desarrolla acciones dirigidas a la educación en salud, cambio de estilos de vida e incremento en la percepción de riesgo, las cuales son dirigidas a población no usuaria de drogas, pero con altos niveles de riesgo y vulnerabilidad, tales como capacitación y modificación de conductas de riesgo.

Por parte de la selección indicada, se presentan dos programas. El primero se dirige a los experimentadores, buscando su detección oportuna y derivación, con intervenciones específicas con grupos de muy alto riesgo, con seguimiento en el tiempo, capacitación al equipo en salud y utilización de estrategias de consejo breve (como evitar el desarrollo de conductas problemáticas originadas por abuso del consumo de alcohol).

El segundo programa se dirige a los consumidores que han desarrollado adicción a las sustancias, siendo los objetivos la desintoxicación y manejo del síndrome de abstinencia, manejo de las dependencias químicas, manejo de la situación con la

familia, prevención de recaídas y tratamiento de la comorbilidad física y psiquiátrica.

La orientación preventiva de CIJ actualmente define como objetivo orientar y habilitar a la población desde la perspectiva cognitivo conductual, en torno a distintas estrategias preventivas de carácter individual, microsocioal y macrosocioal, que le permitan afrontar adecuadamente las situaciones de riesgo ante el consumo de drogas.

En el caso de la orientación preventiva infantil, se desarrollan cuatro módulos: el primer módulo se aboca al abordaje de las drogas en la infancia y la influencia de los medios de comunicación; el segundo módulo toca el tema de la autoestima y cómo fomentarla; el tercer módulo se refiere a las habilidades sociales para tomar decisiones frente a la presión de pares; mientras que el cuarto módulo destaca la importancia de la escuela y estimula el uso saludable del tiempo libre.

En el caso de la orientación preventiva adolescente, se desarrollan cinco módulos: el primero es sobre las drogas y adolescencia y se aboca a la influencia de la publicidad en los jóvenes, los riesgos y consecuencias de las drogas ilegales, el alcohol y el tabaco; el segundo trata aspectos relacionados con la autoestima; el tercero se enfoca en la familia y temas acerca de la relación entre padres e hijos, las reglas y normas de la familia y las habilidades de negociación con los padres; el cuarto es acerca de las habilidades de comunicación y la comunicación asertiva, la toma de decisiones y la influencia del grupo de pares y; el módulo 5 se enfoca en estrategias de afrontamiento ante el estrés, el tiempo libre y en las relaciones con los pares en la escuela.

Entre jóvenes entre 15 y 20 años de edad se empieza a utilizar con buenos resultados un grupo de análisis de una situación de riesgo común para ellos, como es la de organizar una fiesta, apoyados con material audiovisual e impreso de análisis hecho ex-

pro-feso para esta situación. Los resultados de la evaluación de su aplicación revelan que se fomentan las actitudes hacia el cuidado del otro; permite identificar a través de la cámara un locus de control externo; facilita la incorporación de modelos de conducta cercanos a la protección, incrementa las habilidades de resistencia ante el grupo de pares; permite el reconocimiento del valor de la solidaridad entre amigos; lo recomiendan a amigos, compañeros, maestros y padres y madres de familia.

Con respecto a los grupos de padres, se desarrollan círculos de lectura, en donde se analizan libros, a partir de los cuales los participantes realizan una reflexión sobre de la forma de prevenir el consumo y la relación que tiene este problema con su papel de padres de familia.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico principal de esta tesis está íntimamente ligado con la conceptualización y el proceder que llevaron a Díaz-Guerrero y Díaz-Loving (2001) a desarrollar el Inventario de Necesidades y Valores, así como las publicaciones e investigaciones que ellos y sus colaboradores han realizado a partir de 1995. A través de estas investigaciones se observa el interés por entender algo acerca del origen de los valores como variable aprendida y dependiente. Como variables independientes incorpora reactivos contruidos a partir de las premisas de distintos enfoques psicológicos motivacionales y su relación con la satisfacción de un conjunto de necesidades culturalmente relevantes para nuestra cultura, fundamentadas en de la construcción teórica de la pirámide de necesidades de Maslow (1954/1970a).

Los enfoques psicológicos estudiados fueron:

- a) Para la postura conductista: la dificultad de satisfacer.
- b) Para la postura psicodinámica: el goce de satisfacer.
- c) Para la teoría de Maslow: el grado de satisfacción.

En un segundo inventario de necesidades y valores se exploraron 24 valores y se añade la variable de la intensidad de la necesidad. Esta adición o complemento fue con la hipótesis de que incrementaría la regresión múltiple y con ello la capacidad predictiva de los valores.

Debe destacarse que el estudiar los valores a través de la pirámide de Maslow, se hizo desde el inicio con el propósito de utilizar las necesidades como variable independiente para ver si se podía confirmar la actualización del yo y a la enfermedad como variables

dependientes. Para esta tesis el tutor seleccionó a la adicción a las drogas, como la primera posibilidad para la comprobación de estas hipótesis.

El marco teórico principal de la tesis contempla las hipótesis potencialmente universales planteadas en la teoría de la motivación de Maslow y a éste se añadió el marco teórico de Díaz-Guerrero y Szalay (1993) para interpretar los significados psicológicos y para la utilización de la técnica del Análisis Asociativo de Grupo, así como los planteamientos sobre la Filosofía de Vida relacionado con las culturas particulares (Andrade-Palos, 1998; Díaz-Guerrero, 1967).

Las Necesidades como Origen de los Valores

Un incidente en una mesa redonda sobre los valores de los mexicanos, en el cual Díaz-Guerrero esgrimió la hipótesis de la presunta relación entre el grado de satisfacción de las necesidades y los valores asociados con las estas necesidades condujo a este autor considerar que el grado de satisfacción de las necesidades pudiera ser un *eslabón perdido* en el estudio de los valores, dadas sus características de ser un constructo menos abstracto, más directo y más independiente, dando la posibilidad de ser más mensurable en los individuos, grupos y culturas (Díaz-Guerrero, Moreno-Cedillos y Díaz-Loving, 1995; Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 2001).

A partir del análisis del entretrejo de necesidades y valores Díaz-Guerrero y colaboradores han identificado un conjunto de valores culturalmente relevantes, acordes con la estructura de la pirámide de necesidades de Maslow, los cuales se resumirán a continuación, destacándose su utilidad en la identificación de las necesidades por deficiencia relevantes para la cultura mexicana y la pertinencia de ser utilizadas para evaluar su grado de satisfacción entre los consumidores de drogas.

Díaz-Guerrero y Col. (1995) retoman las afirmaciones de Rokeach (1973) que destaca la importancia del estudio de los valores en la cultura, considerados como las representaciones cognoscitivas de las necesidades, tanto individuales como sociales, así como las afirmaciones de Schwartz y Ros (1995) sobre las dimensiones de los valores en el nivel cultural, dado que pueden reflejar las cuestiones básicas y los problemas que las sociedades deben enfrentar para reglamentar la actividad humana.

También se consideró la aportación de Alducin-Abitia (1973) sobre los valores en los mexicanos, entre los cuales se rescató la relevancia cultural del dinero, la amistad y el amor y su importancia como necesidades deficitarias. También se retomaron las dimensiones colectivismo-individualismo planteadas por Tirandis (1989), no como dimensiones excluyentes, sino coexistentes en la cultura, destacándose como valores individualistas: valor, creatividad, confiar en sí mismos, soledad y frugalidad; y como valores colectivistas: reciprocidad, obligación, deber, seguridad, tradición, dependencia, armonía, obediencia a la autoridad y equilibrio. De Schwartz y Ros (1995) consideraron su teoría de los contenidos y estructura dimensional de las relaciones entre siete tipos de valores con los que las culturas pueden ser comparadas: conservadurismo, autonomía intelectual, autonomía afectiva, jerarquía, igualitarismo, armonía y maestría.

Por otra parte, a la vez de integrar un conjunto de necesidades culturalmente relevantes que representaran los cinco niveles de necesidades de Maslow (1954/1970a), los autores consideraron pertinente incorporar el análisis de otros aspectos psicológicos sobre las necesidades, adicionales a la motivación, que pudieran responder como variables independientes, en un modelo de regresión lineal múltiple y de esta forma aportar mayor varianza explicada sobre los valores homónimos, por lo cual incorporaron

una variable psicodinámica: el grado de dificultad de satisfacer las necesidades conectadas con los valores y una variable de aprendizaje; el placer experimentado al satisfacer la necesidad (Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 2000a; Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 2000b). Posteriormente Díaz-Guerrero y Díaz-Loving (2001) evaluaron 30 necesidades y sus valores en estudiantes de secundaria y universitarios, incorporando la dimensión de la intensidad de la necesidad.

Recientemente, Díaz-Guerrero, Moreno-Cedillos y Rivera-Aragón (2004) —con base en información de estudiantes de nivel medio superior— profundizaron en la exploración de los valores homónimos de las necesidades como variable dependiente y a las 4 variables de medición de motivación de satisfacción de las necesidades como variables independientes, a partir de un modelo de regresión múltiple por pasos como herramienta de análisis y reportaron que los seis valores explorados presentan modelos de regresión distintos.

Con respecto a la consistencia de las respuestas de los sujetos al instrumento, es destacable que en una prueba de verificación a la que fue sometido el cuestionario (Díaz-Guerrero, Alonso-Dávila y Rivera-Aragón, 2001), en la que se modificó el orden de las secciones en aplicación, pidiendo a los sujetos la respuesta de las partes del cuestionario tres diferentes días de la semana (en la primera parte el grado de satisfacción de las necesidades, en la segunda la dificultad y el placer de satisfacerlas y en la tercera la importancia de los valores homónimos), encontrando el mismo tipo de correlaciones que las producidas por medio de la aplicación en una sola sesión.

Grado de Satisfacción de las Necesidades

En 1967 Díaz Guerrero lleva a cabo una primera operacionalización de la teoría de la motivación de Maslow, en la cual exploró el grado de satisfacción de 20 necesidades relevantes en adolescentes mexicanos (Díaz-Guerrero, Moreno-Cedillos y Díaz-Loving, 1995), con base en una escala de ordinal con valores de 1 a 5 y con opciones de respuesta pictográficas (Figura 5).

Las necesidades exploradas en esa ocasión fueron: felicidad, dinero, éxito, amor, disciplina, progreso, comer, justicia, trabajo, libertad, respeto, conocimiento, democracia, autoridad, amistad, cooperación, afecto, seguridad emocional, competencia y armonía (Díaz-Guerrero et al., 1995).

Figura 5. Ejemplo de reactivo pictográfico

INSTRUCCIONES: MARCA CON UNA X EN EL CÍRCULO QUE CORRESPONDE AL GRADO DE SATISFACCIÓN QUE TIENES EN ESTE MOMENTO DE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES NECESIDADES:

Tranquilidad	<input type="radio"/>	Muy Satisfecho
	<input type="radio"/>	Satisfecho
	<input type="radio"/>	Ni satisfecho ni insatisfecho
	<input type="radio"/>	Insatisfecho
	<input type="radio"/>	Muy insatisfecho

El cuestionario fue aplicado a 90 estudiantes mexicanos del nivel de secundaria y los resultados mostraron que las necesidades más altamente satisfechas fueron las de amistad, comer y afecto, mientras que casi todas las demás se consideraron satisfechas (cercanas a 4) y sólo las necesidades de justicia y de autoridad se acercaron a la calificación de 3 (ni satisfecho ni satisfecho).

Una aplicación posterior del mismo cuestionario, se llevó a cabo 20 años después, en 1987, en esta ocasión a 152 sujetos de secundaria, 93 hombres y 59 mujeres, 124 de escuela oficial y 28 de escuela privada.

Las diferencias entre las medias de las dos aplicaciones ocurrieron en las necesidades de trabajo, más satisfecha en 1967 (bajó de 4.01 a 3.55); la necesidad de democracia (bajó de 3.65 a 3.13) y la necesidad de afecto (bajó de 4.27 a 3.99), pero aun en el nivel de satisfecha (Díaz-Guerrero et al., 1995). El grado de satisfacción de las otras 16 necesidades, permaneció estable después de 20 años. Con respecto a las necesidades que estudiadas en esta tesis, puede rescatarse que en 1987 el grado de satisfacción de dinero se ubicó en 3.43, éxito en 3.51, amor en 3.68, comer en 4.32, justicia en 3.04 y seguridad emocional en 3.72.

Por otra parte, el hecho de la estabilidad de los resultados y que tampoco se encontraran variaciones por sexo, año escolar y clase social llevó a concluir que el grado de satisfacción es culturalmente persistente. A su vez, García-Aurrecoechea y Gracia (2004, octubre) reportan las necesidades deficitarias evaluadas por el inventario de necesidades y valores de Díaz-Guerrero y Díaz-Loving (2001) tiende a presentar un comportamiento factorial acorde con la pirámide de necesidades de Maslow.

En este sentido, Mendoza (2004) utiliza el Inventario de Necesidades y Valores de Díaz-Guerrero y Díaz-Loving (2001), con el objeto de identificar la jerarquía de las necesidades y valores de un grupo de trabajadores administrativos y manuales de la Universidad Autónoma de Yucatán, a partir de una muestra de 264 trabajadores, con un promedio de edad de 39 años, de los cuales 47% fueron hombres.

Entre sus resultados destaca que las necesidades más satisfechas en el total de la muestra fueron honradez, responsabilidad, amor, amabilidad, mencionando que son características culturales importantes y necesarias en el ámbito laboral. En particular entre la muestra masculina se encontró mayor grado de satisfacción en tranquilidad, conocimiento, igualdad y puntualidad. Recomienda como sugerencias prácticas incrementar la satisfacción de los trabajadores a nivel intrínseco, principalmente en la autoestima como efecto del trabajo mismo.

Mendoza (2004) reporta las siguientes medias del *grado de satisfacción* de las necesidades entre los trabajadores: salud (4.02), tranquilidad (3.90), orden (3.81), reconocimiento (3.57), poder (3.44), amor (4.27), amistad (4.21), todas alrededor del nivel de satisfecho (4.00), con excepción de poder y reconocimiento, que se ubicaron entre medianamente satisfechas y satisfechas. Se obtuvo la confiabilidad de cada escala, por medio del método de alfa de Cronbach, resultando para la intensidad de las necesidades .96, para el grado de satisfacción .88, para el grado de dificultad .93, para el goce .93 y para el valor asociado .89.

Finalmente este autor realiza un análisis factorial exploratorio del *grado de satisfacción* de necesidades, reportando seis factores: 1) Autorrealización: saber, creatividad y conocimiento; 2) Deontología laboral: responsabilidad, puntualidad, autodisciplina y productividad; 3) Relaciones interpersonales: amor, amistad y amabilidad; 4) Responsabilidad social: honradez, moralidad y rectitud; 5) Dominancia social: poder, reconocimiento y liderazgo; 6) Valores universales: tranquilidad, orden, libertad, igualdad y salud.

A partir de los antecedentes de esta sección, se consideró relevante para esta tesis incorporar como variables independientes las relacionadas con el *grado de su satisfacción de las necesidades*, lo cual se vinculará teóricamente con los postulados de la teoría de la motivación de Maslow, sintetizada en apartado siguiente.

La Psicopatogénesis en la Teoría de la Motivación de Maslow

Entre los enfoques psicológicos para explicar la motivación, se encuentra la teoría de Maslow (1954/1970a; 2001a; 2001c), la cual plantea que el individuo actúa inicialmente para satisfacer sus necesidades más fundamentales, las cuales denominó deficitarias, de tal manera se propone un modelo con cinco niveles en forma de pirámide, en donde el individuo va ascendiendo desde el nivel de las necesidades Fisiológicas, seguido por las de Seguridad, las de Estima, las Afectivas. Estos cuatro primeros niveles lo constituyen las necesidades deficitarias y una vez satisfechas se accede a la posibilidad de las necesidades de logro, que son las de Autocrecimiento.

El ser humano tiene una voluntad activa hacia la salud y un impulso hacia el crecimiento o hacia la realización de las potencialidades humanas, sin embargo en la realidad de la vida existen factores que impiden este crecimiento, de tal manera, sólo una pequeña proporción de la población logra la identidad, la individualidad, la plenitud humana o la auto-realización y una de las claves es que se requiere que las necesidades por deficiencia sean suficientemente satisfechas.

Maslow desarrolla el concepto de *plenamente humano* en lugar del de *salud psicológica* para definir el problema en el sentido de si una persona se encuentra más lejos o más cerca de su plenitud y, como consecuencia, utiliza el término correspondiente de *disminución humana*, en lugar de conceptos como el de *neurosis* o de categorías

psiquiátricas estándar, atrofas, inhibiciones o invalidez, originadas en la pobreza, explotación o carencia de educación, así como los deterioros resultantes de la **drogadicción**, psicopatía, autoritarismo, criminalidad, etc.

Maslow (2001b) plantea dos formas diferentes de motivación generales: la motivación originada por la deficiencia y la motivación del desarrollo.

La motivación por deficiencia es un estado subjetivo que la persona presenta cuando siente deseo, anhelo, voluntad, ansia o carencia. En esta teoría (Maslow 1954/1970a), una carencia duradera de la satisfacción de las necesidades por deficiencia presenta ciertas características entre las que se encuentran las siguientes:

- Su carencia alimenta la enfermedad.
- Su presencia impide la enfermedad.
- Su restitución cura la enfermedad
- Bajo determinadas situaciones de libre elección, es preferida, por la persona afectada, a otras satisfacciones.
- Se encuentra inactiva, en retroceso, o funcionalmente ausente en una persona sana.

Se plantea que las necesidades por deficiencia son esencialmente carencias del organismo, como si fueran huecos que hay que llenar en defensa de la salud y además, en buena parte deben de ser llenados desde fuera por seres humanos distintos del sujeto. De la misma forma que los árboles necesitan sal, agua y sustancias nutritivas provenientes del medio ambiente, las personas necesitan seguridad, amor y respeto provenientes de su medio ambiente.

De tal manera, Maslow (1990a) considera los trastornos mentales como enfermedades deficitarias en sus orígenes, que surgen de la privación de algún nivel de las

necesidades correspondientes a alguno de los cuatro primeros niveles de su pirámide (Fisiológicas, de Seguridad, Estima y Afectivas). Afirma también que si se eliminan estas deficiencias, los trastornos tienden a desaparecer.

Por otra parte, las personas sanas, que han satisfecho suficientemente sus necesidades básicas de seguridad, entrega, amor, respeto y auto-estimación, se encontrarían motivadas por tendencias conducentes a la auto-realización, la cual se define como la realización creciente de las potencialidades, capacidades y talentos (Maslow, 2001b).

El autor sintetiza la diferencia entre las necesidades deficitarias y las de auto-realización en el planteamiento de que las primeras son exigencias comunes de la especie, que deben ser satisfechas ampliamente antes de que la individualidad pueda desarrollarse con plenitud.

De tal suerte, el imperativo de satisfacer impulsos primarios puede convertirse en algo enojoso, irritante y desagradable de lo que hay que liberarse. Por el contrario, la satisfacción de estos impulsos suele ser explicada por descripciones que implican la reducción de la necesidad, reducción de la tensión, reducción del impulso y reducción de la ansiedad.

Aunque en forma evidente la presencia de necesidades deficitarias produce molestia, perturbación psíquica y problemas, esta incomodidad es mas grave entre las personas que han sufrido experiencias insatisfactorias al intentar solventarlas o para las que no cuentan con los medios para intentarlo. Mientras que las personas que han tenido experiencias pasadas satisfactorias en solventar estas necesidades, o que pueden confiarse en poder satisfacerlas en el presente y en el futuro, su presencia es mucho

menos incómoda, como puede ser el caso de las necesidades de comer, beber, dormir y amar.

Por lo cual, las motivaciones deficitarias requieren de una reducción de la tensión, para lograr el restablecimiento del equilibrio. En este sentido, Maslow (1954/1970a) describe a la satisfacción de las necesidades deficitarias como una tendencia episódica y gradual que empieza por una situación instigadora y motivante que genera un comportamiento motivado, dirigido a la consecución de un estadio final que, creciendo gradual y constantemente en deseo y excitación, alcanzando en último término un periodo álgido en un momento de logro y consumación.

Un elemento importante de la teoría de la motivación y psicopatogénesis de Maslow (2001b) es la afirmación de que los procesos perceptuales del individuo tienden a orientarse en forma selectiva para lograr satisfacer las necesidades insatisfechas, produciendo algún tipo de incomodidad o trastorno. De tal manera, la influencia de la motivación por causa de la necesidad por deficiencia hace necesariamente que los procesos perceptuales del individuo sean diferentes a los de aquellos cuya percepción es desinteresada o exenta de deseo por el hecho subjetivo real de contar en general con sus necesidades deficitarias satisfechas.

Al encontrarse satisfechas las necesidades deficitarias, la percepción tiende a ser más concreta (menos abstracta), selectiva y capaz de percibir de manera simultánea las oposiciones, dicotomías, polaridades, contradicciones e incompatibilidades. En condiciones óptimas el individuo satisfecho es capaz de dirigir su atención, no presenta distracciones y sus procesos mentales son más eficaces y sensibles al medio ambiente, pudiendo desempeñarse mejor en escenarios escolares o de trabajo y estando en

mejores condiciones para planear su autocrecimiento.

En este sentido, pareciera existir una relación entre lo satisfactorio del medio microsocial y el desarrollo del autoconcepto, lo cual puede relacionarse con una limitación individual analizada por Maslow (1990a), relacionada con la deficiencia de satisfacción de las necesidades de Estima (entre las que se encuentra el éxito) y es el *complejo de Jonás*. Como se recordará la base del planteamiento de la teoría de la motivación de Maslow es que todos tenemos un impulso hacia una mayor realización de nuestras potencialidades, hacia la autorrealización o hacia la plenitud humana, sin embargo en algunas personas se desarrolla lo que el autor plantea como *complejo de Jonás* o temor a las posibilidades más elevadas (vinculado con un temor complementario de nuestras posibilidades más reducidas).

Otro aspecto analizado por Maslow (1990b) es el amor del ser, asociado por con el concepto de sinergia, es decir, como la relación de un sistema en donde el producto del funcionamiento es superior al que sería si las tareas fueran realizadas por separado, lográndose productos adicionales. En la sinergia se diluye la individualidad de los intereses, como si dos jerarquías de necesidades básicas fueran una sola y se considera alta sinergia que de algún modo dos personas logren acordar su relación de logrando que lo ventajoso para una sea también ventajoso para la otra, en lugar de que la ventaja de uno sea la desventaja del otro (Maslow, 1990b).

Significados Psicológicos

En el estudio de los significados psicológicos de los consumidores de drogas se destacan los trabajos de Szalay y sus colaboradores, basados en las asociaciones libremente expresadas por grupos de individuos sobre temas relevantes por medio de la técnica del Análisis Asociativo de Grupo (AAG) —desarrollada por Szalay y Bryson (1974)—, la cual permite medir y pesar los significados de los grupos sociales, con una eficiencia comparable a la de otros métodos, como la similitud de rangos y la adaptación de palabras del diferencial semántico, pudiendo ser aplicado en el nivel individual y también más allá de este nivel, puede ser empleado en estudios relacionados con la cultura, la comunicación, la educación y la salud mental. A continuación se presenta un resumen del AAG con usuarios de drogas

Szalay, Strohl y Doherty (1999) indican que el estudio de los Significados Psicológicos por medio del AAG ha sido relevante en la identificación de disposiciones internas que conducen al abuso de ciertas sustancias psicoactivas, pudiendo identificarse fuentes de diferencias entre usuarios y no usuarios de alcohol y drogas utilizando imágenes como estímulos. A su vez, Szalay, Inn, Strohl, y Wilson (1993) indican que las asociaciones verbales revelan una relación entre el uso de drogas y sistemas de representaciones mentales.

En este sentido, Bovasso, Szalay, Biase y Stanford (1993) estudiaron la estructura semántica que subyace en las actitudes de dependientes de drogas antes y después del tratamiento y refieren que la estructura de las redes asociativas de los sujetos evaluados después del tratamiento resultó ser más densa, menos constreñida y más organizada jerárquicamente por el autoconcepto.

Por su parte, Szalay, Vilov y Strohl (1992) en un estudio que se enfoca en las percepciones y las representaciones mentales que diferencian a los usuarios y no usuarios de drogas entre estudiantes universitarios (un grupo de 200 usuarios de marihuana y otras drogas, y un grupo 200 no usuarios de estas sustancias), identificaron que los no usuarios de drogas se preocupan más por las consecuencias dañinas de la marihuana y la consideran estúpida y una locura, en cambio los usuarios de marihuana lo asociaron mayormente con el contexto de fiestas y de tener diversión.

Szalay, Vilov y Strohl (1992) señalan tres áreas particulares de estas diferencias entre usuarios de drogas y no usuarios: la percepción de las drogas, la percepción del sí mismo y la percepción de la familia. En la percepción de las drogas, las asociaciones de los no usuarios se relacionaron mayormente con peligro, enfermedad, muerte, malo, estúpido, no, ilegal, crimen, adicción y dependencia. Sin embargo el grupo de usuarios lo asoció mayormente con placer, diversión, fiestas, alcohol, sexo, "elevarse", escaparse, con marihuana y con crack.

En este estudio los no usuarios de drogas, en general asociaron al sí mismo con una evaluación positiva, sociable, relacionada con los amigos, el desempeño, contar con la familia y lazos familiares; mientras que los usuarios de drogas asociaron mayormente al sí mismo con ambivalencia emocional, diversión, buenos tiempos, libertad e independencia. Finalmente, con relación a la familia, los no consumidores de drogas la asociaron con amor, cuidado, experiencias positivas, memorias, actividades compartidas, salidas y amistades; Por otra parte los consumidores de drogas la asociaron principalmente con ambivalencia emocional, tensión, conflicto, pérdida, abandono, pleitos y problemas.

Los estudios de Szalay, Bovasso, Vilov y Williams (1992) encontraron entre usuarios de cocaína en tratamiento, que antes del tratamiento los sujetos asociaron mayormente la palabra estímulo "yo" con soledad, confusión y dolor, encontrando también en este mismo grupo la asociación del concepto familia con una intensa preocupación y anhelo por el amor y la atención.

Por otra parte, con base en una técnica similar para estudiar los significados psicológicos: las Redes Semánticas Naturales Modificadas (Reyes-Lagunes, 1993), se realizaron algunos estudios, en los que se pudieron identificar entre adolescentes y jóvenes varones mexicanos las asociaciones más relevantes sobre temas clave. Entre ellos, Camacho y Andrade-Palos (1992) encontraron en adolescentes del estado de Morelos una riqueza semántica de 170 definidoras diferentes y 55 categorías semánticas hacia la palabra familia, entre las que destacan las definidoras de: bondad, grande, belleza, trabajo, unida, optimismo, limpieza, padres, chica, hogar, felicidad, inteligencia, orden, hijos, comprensión, asociación, cariño, educación y parientes.

En otro estudio, Andrade-Palos (1994) encontró entre adolescentes y jóvenes varones de la Cd. de México entre las asociaciones más importantes unión y amor y con mayor distancia a las anteriores, apoyo, comprensión comunicación, hermanos e hijos.

Por su parte, Mora-Ríos, González-Forteza, Vauguier y Jiménez (1994), encontraron entre adolescentes estudiantes de secundaria una riqueza semántica de 106 definidoras y 39 categorías semánticas diferentes, entre las que destacaron: conjunto, unión, amor, comprensión, tíos, ayuda, alegre, hogar, amigos y confianza. Interpretan que los adolescentes se representan a la familia como una fuente de apoyo social muy significativa, basada primordialmente en los conceptos de unión, conjunto y ayuda.

A su vez, Castillo-León (1994) reporta en una muestra de adolescentes que los varones de la Cd. de México una riqueza semántica de 70 definidoras diferentes, entre las que destacaron: unión, padres, hijos, hogar, personas, hermanos, convivencia, abuelos, responsables y grupo. Señala que la familia significa básicamente unidad, bondad, padres, amor, felicidad, educación, comprensión y trabajo.

Mora-Ríos, González-Forteza, Jiménez-Tapia y Andrade-Palos (1999) encontraron reportan entre adolescentes y jóvenes una riqueza semántica de 80 definidoras y de 65 categorías semánticas entre el grupo de varones de nivel de secundaria y 84 y 78 entre los de preparatoria, encontrándose entre las principales: unión, amor, padre, convivencia, hijos, mamá, comprensión, ayuda, confianza, cariño, amigos, diversión, alegría, trabajadora, buenos tíos numerosa, hermanos, matrimonio, conjunto y hogar.

Es importante mencionar también el referente de la aplicación del Análisis Asociativo de Grupo (AAG) en un estudio transcultural en el que participaron México, Estados Unidos y Colombia (Díaz-Guerrero y Szalay, 1993). Con relación a la palabra estímulo familia, este estudio reporta que los mexicanos enfatizaron la relación padres-hijos como el eje principal de la familia, destacando más las relaciones afectivas que los roles individuales y con respecto al yo, se indica que conciben al propio ser como una persona con ciertos roles sociales y cualidades tales como la comprensión y la ayuda mutua; con respecto a los amigos, se presenta una poderosa base afectiva, en la que se incluye a la familia, implicando expectativas de ayuda, asistencia y apoyo, de tal manera, los autores concluyen que para los mexicanos la amistad tiene un significado profundo y selectivo que implica una armonía basada en compromisos y obligaciones fuertes y duraderos con algunos elegidos.

Por otra parte, con el fin mostrar de manera complementaria la percepción de los otros acerca los consumidores de drogas, se aporta el antecedente de la aplicación del AAG en México en la exploración de los significados psicológicos de los usuarios de drogas por parte del personal educativo de educación media (Flores-Pérez, Díaz-Negrete, González-Sánchez y Córdova, 1999), en el cual se detectó una percepción del estudiante usuario de drogas como *persona problemática* (agresiva, rebelde, desafiante, peligrosa), *vulnerable* (inmadura, insegura y "moralmente débil") y propensa a incurrir en *comportamientos "desviados"* (conductas antisociales y trastornos mentales).

Filosofía de Vida

El interés por el estudio de la filosofía de vida aparece en Díaz-Guerrero (1967), donde se manifiesta la inquietud por el desarrollo de constructos que fueran representativos de la cultura y que tuvieran la posibilidad de identificar diferencias transculturales, con el objetivo de acotarlos y definirlos con mayor claridad.

De esta forma, Díaz Guerrero trazó la hipótesis de que las culturas tienen dos maneras diferentes para enfrentar el estrés cotidiano. Por una parte las socio-culturas activas tenderían a considerar que la mejor manera, lo más adecuado e incluso virtuoso para enfrentar el estrés es en **forma activa**. Por otra parte, otras culturas han desarrollado el enfoque general de que la vida contiene una enorme cantidad de problemas y que la mejor manera, lo más adecuado e inclusive lo virtuoso para enfrentarlos no sería haciendo algo que modifique al ambiente, sino **adaptándose a los problemas**, aceptándolos y con una tendencia a modificarse a sí mismos más que al ambiente como forma de afrontamiento al estrés. A estas maneras se les llamó síndromes.

Con el fin de demostrar el empleo de estas estructuras entre las culturas, Estados Unidos fue escogido como una cultura activa y a México como una cultura pasiva y se ideó una serie de 112 oraciones clasificadas en la dimensión activa-pasiva, la cual fue presentada a estudiantes post graduados en ambos países.

Los resultados indicaron que 101 de las declaraciones obtuvieron alta veracidad y un aspecto diferencial claro (Díaz-Guerrero, 1967).

De tal manera, con el objetivo de comprobar la hipótesis de la presencia de síndromes activo y pasivo prevalentes en la Cultura universal y entre las culturas particulares se realizó su operacionalización cuantitativa en un cuestionario de reactivos dicotómicos con respuesta obligada, encontrándose una estructura factorial de cuatro subescalas de filosofía de vida (Andrade-Palos, 1998), la cual fue obtenida entre estudiantes de secundaria y preparatoria del D.F. y explicaron el 34.5% de la varianza. Los factores reportados fueron: 1) Poder vs. Amor ($\alpha=.71$) 2) Obediencia ($\alpha=.68$), 3) Resignación ($\alpha=.62$), 4) Cautela vs. Audacia ($\alpha=.51$).

En este sentido, Balderas-González (2000) y Díaz-Guerrero y Balderas-González (2000) destacan la importancia de la escala amor-poder entre la población mexicana.

Con respecto al consumo de drogas, Andrade-Palos (1998) reporta que entre estudiantes de nivel medio superior los adolescentes mexicanos que califican alto por el lado del poder, tienen mayor oportunidad de realizar actos antisociales, entre los que se encuentra el consumo de drogas. Otro reporte indica que entre pacientes adolescentes atendidos por uso de drogas fueron respaldadas mayormente las premisas de amor que las de poder y de cautela sobre las de audacia (Rincón y Villafán, 2000).

Por lo anterior expuesto en este capítulo, se consideró importante estudiar el grado de satisfacción de 16 necesidades deficitarias (Tabla 1) del inventario de Díaz-Guerrero y Díaz-Loving (2001).

Tabla 1. Necesidades deficitarias estudiadas

Fisiológicas	Seguridad	Estima	Afectivas
<ul style="list-style-type: none"> • salud • comer • dormir 	<ul style="list-style-type: none"> • tranquilidad • orden • seguridad emocional • justicia en la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • reconocimiento • poder • dominar • éxito • dinero 	<ul style="list-style-type: none"> • amor • amistad • respeto • cariño

También se consideró relevante para el propósito de este estudio evaluar los significados psicológicos de las palabras clave: *familia*, *amigos*, *yo*, *cocaína* y *marihuana* entre usuarios de marihuana y/o cocaína que solicitan tratamiento puesto que se podrían identificar indicadores útiles, tanto para elaborar instrumentos de riesgo y protección del consumo de drogas, como para desarrollar estrategias de tratamiento y prevención de estos trastornos. La explicación de la utilización de la técnica del Análisis Asociativo de Grupo, utilizada para obtener los significados psicológicos, se expone en el capítulo de metodología.

Finalmente, debido al interés de explorar otras variables psicosociales y su relación con el consumo de drogas, se decidió evaluar las Subescalas de Filosofía de Vida entre muestras de usuarios de sustancias psicotrópicas como la marihuana y la cocaína y una muestra de no consumidores de drogas.

MÉTODO

Para llevar a cabo los objetivos de esta tesis se diseñó una investigación transversal, *ex-post-facto*, con cuatro muestras independientes, no probabilísticas, de tipo intencional, conformadas por usuarios y no usuarios de drogas, adolescentes y adultos jóvenes (de 13 a 29 años) urbanos del sexo masculino, habitantes de distintas delegaciones y municipios de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México en el tiempo en que se levantó la encuesta.

Debido a la dificultad para ubicar los usuarios de drogas en escenarios naturales, se determinó la obtención de tres muestras intencionales de usuarios actuales (en el último mes) de cocaína, marihuana o ambas sustancias entre solicitantes de tratamiento del consumo de drogas en 17 unidades de **Centros de Integración Juvenil (CIJ)**¹ de la Cd de México, con el apoyo de sus terapeutas, los cuales administraron cuestionarios auto-aplicables y verificaron que los participantes no reportaran uso de otras drogas durante el último año, tales como solventes inhalables, heroína o metanfetamina.

La finalidad fue la de completar tres muestras de usuarios de drogas de tamaño mediano –cercasas a cincuenta casos– en el primer cuatrimestre del 2003, solicitando a los terapeutas cuotas estimadas de acuerdo con las frecuencias de pacientes atendidos en años anteriores en estas unidades, en particular con las bases del estudio epidemiológico del consumo de drogas entre solicitantes de tratamiento del año 2001 (Gutiérrez-López y Castillo-Franco, 2002), estratificando la información por delegación y

¹ Las unidades participantes fueron: Benito Juárez, Coyoacán, Chalco, Ecatepec, Iztapalapa Sur, Miguel Hidalgo, Tlalnepantla, Tlalpan, Alvaro Obregón, Azcapotzalco, Cuauhtémoc Oriente, Gustavo A. Madero Norte, Iztapalapa Centro, Naucalpan, Nezahualcóyotl, Venustiano Carranza y la Unidad Especializada de Tratamiento y Consulta Externa (UTCE) Zona Norte.

municipio y se solicitó a los terapeutas que llevaran a cabo la aplicación de los cuestionarios solamente a los pacientes atendidos de primera vez.

La cuarta muestra, un poco mayor, dada la mayor facilidad para captarlos, consistió de 150 no usuarios de sustancias ilegales, estudiantes de secundaria, preparatoria, profesional y una pequeña cuota de trabajadores (se incluyó esta última categoría debido a que la fase de la vida del adulto joven mayor a 24 años se dedica en mayor proporción al trabajo y menos al estudio), los cuales fueron con el apoyo del personal preventivo de tres unidades de CIJ, las cuales fueron el CIJ Cuahutémoc Pte., aplicando a dos grupos de secundaria, el CIJ Gustavo A. Madero Norte, aplicando a dos grupos de Escuela Técnica y Comercial y el CIJ Coyoacán, aplicando a estudiantes de nivel profesional de la carrera de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y a siete trabajadores voluntarios del sector salud, habiendo sido aplicados los instrumentos durante el último trimestre de 2002.

Se utilizó el programa estadístico SPSS v. 11 para realizar tanto los análisis estadísticos descriptivos, como las pruebas de comparación de medias y las pruebas predictivas de regresión logística y análisis discriminante.

Instrumentos y Técnicas Aplicadas

A las muestras participantes se les aplicó una batería de instrumentos, consistente en:

- **Identificación sociodemográfica.** Conformada por un cuestionario precodificado que explora las siguientes variables: 1) edad, 2) sexo, 3) máximo grado de estudios, 4) a que se dedica, 5) estado civil, basado en el formato de Entrevista Inicial utilizado para los pacientes de primer ingreso a Centros de Integración Juvenil, A. C. (Gutiérrez-López y Castillo-Franco, 2002).

- **Patrón de consumo de sustancias.** Verifica en la muestra de no consumidores de drogas que no hubiera consumo de sustancias ilícitas; en las muestras de usuarios de drogas indaga 1) consumo actual de marihuana y cocaína, 2) edad de inicio del uso de marihuana y cocaína, 3) número aproximado de veces que ha consumido marihuana y cocaína y 4) frecuencia de uso, basado en el formato de Entrevista Inicial utilizado para los pacientes de primer ingreso a Centros de Integración Juvenil, A. C. (Gutiérrez-López y Castillo-Franco, 2002).
- Una parte del **Inventario del Grado de Satisfacción de Necesidades**, de Díaz-Guerrero y Díaz-Loving (2001), en el que se indaga el grado de satisfacción de 16 necesidades deficitarias en una escala pictográfica tipo Likert con las siguientes opciones de respuesta: 1=muy insatisfecho, 2=insatisfecho, 3=ni satisfecho ni insatisfecho, 4=satisfecho y 5=muy satisfecho. Tres de las necesidades fueron del nivel de Fisiológicas: *salud, comer y dormir*, cuatro del nivel de Seguridad: *tranquilidad, orden, seguridad emocional y justicia en la familia*; cuatro Afectivas: *amor, amistad, respeto y cariño*; y cinco de Estima: *reconocimiento, poder, dominar, éxito y dinero*.
- **Significados Psicológicos** de las palabras clave: *yo, familia, amigos, cocaína y marihuana*, obtenidos mediante la técnica del **Análisis Asociativo de Grupo**, como fue aplicada por Díaz-Guerrero y Szalay (1993), la cual se explicará más adelante.
- Cuatro **Subescalas Factoriales de Filosofía de Vida**, consistentes de veinticinco pares de afirmaciones de selección forzada que manifiestan opciones activas o pasivas para resolver problemas relacionados con la dualidad *amor-poder*, la *obediencia*, la *resignación* y la dualidad *cautela vs. audacia*, las cuales estuvieron basadas en Díaz-Guerrero (1967) y en Andrade-Palos (1994).

Análisis Asociativo de Grupo

El Análisis Asociativo de Grupo (AAG) es una técnica elaborada con el fin de identificar los significados psicológicos sobre temáticas clave en muestras medianas de estratos poblacionales (alrededor de 50 individuos), la cual se basa en el análisis de una gran cantidad de asociaciones libremente expresadas (entre cinco y diez por cada sujeto) ante temas estímulo. Para esta investigación se presentó cada palabra estímulo en la parte superior de una hoja media carta, con diez líneas para que el sujeto escriba entre cinco y diez asociaciones que le vienen a la mente acerca de la palabra estímulo.

La información escrita, en acuerdo con Szalay y Brent (1967), se organizó por medio de la aplicación de **Pesos Relativos** (*PR*) asignados a las asociaciones (Tabla 2).

Tabla 2. Pesos Relativos

N° de respuesta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peso relativo:	6	5	4	3	3	3	3	2	2	1

Puntuaciones de Predominio. Las Puntuaciones de Predominio (*PP*) determinan cuáles son las asociaciones o temas relevantes con mayor número de acuerdos (Szalay y Maday, 1973) y se obtuvieron sumando los *PR* de las palabras repetidas, de manera tal que los mayores *PR* constituyeron las *PP*.

Índice de Dominancia Evaluativa. El Índice de Dominancia Evaluativa (*IDE*) es un índice de actitud para expresar el predominio de respuestas con connotaciones positivas o negativas y se obtiene después de dividir las respuestas de acuerdo a su dirección evaluativa en positivas, negativas y neutrales.

Para obtener este índice fue necesaria la participación de un **grupo de jueces expertos** en la materia y para el caso de este estudio participaron como jueces 5 psicólogos especializados en adicciones (dos hombres y tres mujeres, con una media de 36 años de edad), quienes clasificaron las asociaciones en **Componentes Subjetivos** positivos, negativos o neutros desde la perspectiva del encuestado.

Con base en la información anterior se estuvo en posibilidades e obtener el *Indice de Dominancia Evaluativa (IDE)*, siendo importante señalar que el **IDE** se construyó como una variable continua, asignando puntuaciones a cada participante, a partir de la clasificación de las asociaciones elaborada por parte de los jueces. A partir de lo cual, se programó al sistema para que asignara el Peso Relativo (*PR*) correspondiente a cada asociación, siendo sumados el total de Pesos Relativos de cada participante, lo cual permitió la creación de tres nuevas variables, cada una de las cuales acumuló los PR positivos, PR negativos o PR neutros de cada participante. Una vez logrado lo anterior, se obtuvo el *IDE* por medio de la Fórmula 1 (Díaz-Guerrero y Szalay, 1993).

Fórmula 1. Índice de Dominancia Evaluativa (IDE)

$$IDE = \frac{PR \text{ positivos} - PR \text{ negativos}}{\text{Total de PR}} \times 100$$

Indicadores de riesgo y protección

La obtención de indicadores de riesgo y protección del uso de cocaína, marihuana o ambas sustancias, realizado en la Fase tres, se basó en el análisis de las asociaciones que obtuvieron mayores Puntuaciones de Predominio (*PP*) para cada una de los **Componentes Subjetivos**: Positivos, Negativos o Neutros, con respecto a las muestras.

Así, para el caso de las tres primeras palabras estímulo (yo, familia y amigos), se destacaron los componentes subjetivos presentes en los no consumidores como protectores (en su mayoría positivos), mientras que las *PP* presentes entre los usuarios (en su mayoría componentes subjetivos negativos) se ubicaron como indicadores de riesgo.

Con respecto a los Significados Psicológicos de las sustancias, se señala que se compararon solamente las *PP* de los Componentes Subjetivos de las muestras de consumidores de cada una de las sustancias analizadas, en comparación con los no consumidores de drogas, de tal manera en el análisis de los indicadores de riesgo y protección de la palabra estímulo marihuana no se consideraron a los usuarios de cocaína y en el de la palabra estímulo cocaína no se consideraron a los usuarios de marihuana.

Para identificar los indicadores de riesgo y protección asociados con las sustancias se tomó como referencia protectora a los Componentes Subjetivos Negativos presentes en la muestra de no usuarios de drogas. Por el contrario, a los Componentes Subjetivos Positivos asociados con las drogas por las muestras de usuarios y que no aparecieron entre los no consumidores de drogas, se les consideró como indicadores de riesgo.

Confiabilidad de los Instrumentos

Para obtener la confiabilidad de los instrumentos se utilizó la prueba de *Alfa de Cronbach* y el método de *Dos Mitades*.

Tomando como una sola escala el Inventario del **Grado de satisfacción de las**

necesidades obtuvo un elevada *Alfa de Cronbach* de .9022, mientras que la confiabilidad de las escalas de las **Subescalas de Filosofía de Vida**, obtenida mediante el método de *Dos Mitades* fue muy baja (.3478 para la primera mitad y .3313 para la segunda mitad). También se obtuvo el *Alfa de Cronbach* de los *Indices de Dominancia Evaluativa de la familia, los amigos y el yo* (en conjunto), el cual resultó aceptable (.6553), mientras que el *Alfa de Cronbach* de los *Indices de Dominancia Evaluativa de la cocaína y la marihuana* (en conjunto) obtuvo una baja confiabilidad (.4894).

Fases del Estudio

El estudio se dividió en tres fases:

- La Fase Uno tuvo se enfocó en la realización de comparaciones transversales entre las medias de las variables de las muestras de usuarios y no usuarios de drogas, a través de las pruebas de **ANOVA de una sola vía** y pruebas **post hoc de Tukey**, con el fin de identificar potenciales necesidades de tratamiento específicas de cada grupo de consumidores (cocaína, marihuana o ambas drogas). Esto se llevó a cabo tanto en el caso de las necesidades deficitarias de Maslow, como para los significados psicológicos del yo, la familia, los amigos, la marihuana y la cocaína y para las Subescalas de Filosofía de Vida. Los resultados de esta Fase han sido reportados en García-Aurrecochea, Díaz-Guerrero y Reyes-Lagunes (2006) y en García Aurrecochea, Díaz-Guerrero y Medina-Mora (En prensa).
- La Fase dos se orientó a identificar potenciales necesidades de prevención de manera *ex-post-facto*. Por una parte se realizaron tres pruebas predictivas de **Regresión Logística Binaria** –una para cada grupo consumidor de sustancias– con

el fin de evaluar las posibilidades protectoras para cada modalidad de consumo (cocaína, marihuana o ambas sustancias), utilizando como variable dependiente la variable dicotómica **uso/no uso** de drogas, en la cual se codificó al *no uso* como uno y al *consumo de drogas* como cero. Por otra parte, con el fin de aportar validez concurrente a estos análisis se llevó a cabo una prueba de **Análisis Discriminante de Cuatro Grupos**, habiendo sido reportados una parte de los resultados obtenidos en García-Aurrecochea, Díaz-Guerrero y Medina-Mora (en prensa).

- La Fase tres se dirigió a la identificación de **indicadores de riesgo y protección del consumo de drogas** y fue realizada a partir las Puntuaciones de Predominio de los Componentes Subjetivos (positivos, negativos y neutros) de los Significados Psicológicos atribuidos a las palabras clave: yo, familia, amigos, cocaína y mariguana, por los consumidores y no consumidores de drogas, los cuales fueron obtenidos mediante la técnica del Análisis Asociativo de Grupo, lo cual se ha reportado en García-Aurrecochea, Díaz-Guerrero, Reyes-Lagunes, Medina-Mora, Andrade-Palos y Reidl (2006).

Hipótesis

A continuación se presentan las hipótesis desarrolladas para las fases uno y dos, las cuales en su origen fueron planteadas como hipótesis *nulas* (H_n), con consecuentes hipótesis *alternativas* (H_a), tratando metodológicamente de probar las H_n , es decir, la ausencia de relación de las variables. En caso de ser rechazadas las H_n , no se rechazan las H_a , es decir, que hay razones para considerarlas. Por el contrario, en caso de haberse encontrado ausencia de relación entre las variables, no se rechazan las H_n .

Fase uno: Comparación de medias

En acuerdo con el postulado de psicopatogénesis de Maslow, los grupos de consumidores de drogas tendrían un déficit de satisfacción en algunas de sus necesidades deficitarias, en comparación con los no consumidores de drogas, por esto en la fase uno se llevó a cabo la comparación transversal de medias de las muestras independientes y se consideró como déficit de satisfacción la diferencia, estadísticamente significativa ($p \leq .05$) de las muestras de usuarios de drogas con respecto a los no usuarios. Asimismo, debido a su gravedad, posiblemente los usuarios de ambas sustancias ilegales (cocaína y marihuana) pudieran presentar un déficit más marcado en necesidades más cercanas a la **base de la pirámide**. Además, estaría presente en las muestras de consumidores de sustancias ilegales un déficit de satisfacción de las necesidades de Estima, sobre todo del *éxito*, relacionadas con el *complejo de Jonás*.

Ha 1.1. Los grupos de consumidores de drogas presentarán menores medias del grado de satisfacción de las necesidades de deficiencia que los no usuarios, siendo diferentes algunas necesidades insatisfechas de los distintos grupos de consumidores.

De forma similar, en acuerdo con el postulado de psicopatogénesis, por una parte, se esperaría una menor capacidad individual y del medio microsociaL de la familia y los amigos para satisfacer estas necesidades en las muestras de consumidores de drogas y, por la otra, consecuentemente con sus actos, una mayor valoración de las drogas consumidas.

Ha 1.2. Habrá diferencias entre las medias de los grupos entre los Índices de Dominancia Evaluativa (IDE) de los significados psicológicos de la familia, los amigos, el yo, la cocaína y la marihuana. El grupo de no consumidores de drogas obtendrá un mayor IDE en los significados psicológicos la familia, los amigos y el yo, pudiéndose presentar diferencias entre los grupos de consumidores. Los consumidores de marihuana y/o cocaína obtendrán un IDE más positivo en los significados psicológicos de la marihuana y la cocaína y en particular se obtendrá un IDE más positivo de hacia la marihuana entre los consumidores de marihuana y un IDE más positivo o neutro hacia la cocaína entre los consumidores de cocaína.

Finalmente, considerando que pudiera existir una diferencia en las Subescalas de la Filosofía de Vida.

Hn 1.3. No se presentarán diferencias entre las medias de las escalas de filosofía de vida entre las muestras.

Ha 1.3. Se presentarán diferencias entre las medias de las escalas de filosofía de vida entre los grupos, siendo las diferencias entre los grupos de consumidores y los no usuarios.

Fase dos: Modelos Predictivos ex-post-facto

Siguiendo el postulado de psicopatogénesis de Maslow, el déficit de algún tipo de necesidades pudiera estar asociado con el desarrollo del consumo actual de determinadas sustancias, por esto, al elaborarse, de manera *ex post-tacto*,

modelos predictivos se esperaría que la satisfacción de necesidades deficitarias previniera del uso de drogas y de manera más particular, posiblemente un déficit de satisfacción más cercano a la base de la pirámide estuviera influyendo, en la protección del consumo de ambas drogas (cocaína y marihuana), debido a su gravedad, seguidos por los usuarios de cocaína y los de marihuana. Asimismo, se esperaría como un efecto protector la satisfacción de las necesidades de Estima (sobre todo en el caso del éxito), relacionado con una menor presencia del *complejo de Jonás*.

Ha 2.1. Un mayor grado de satisfacción de las necesidades de deficiencia protege del consumo actual de marihuana.

Ha 2.2. Un mayor grado de satisfacción de las necesidades de deficiencia protege del consumo actual de cocaína.

Ha 2.3. Un mayor grado de satisfacción de las necesidades de deficiencia protege del consumo actual de marihuana y cocaína.

Ha 2.4. El grado de satisfacción de algunas necesidades de deficiencia predice la clasificación estadística de los grupos de a) usuarios actuales de marihuana, b) usuarios actuales de cocaína, c) usuarios actuales de ambas sustancias y d) no consumidores de drogas. Una insatisfacción de necesidades deficitarias predice la clasificación de los grupos de consumidores de drogas, pero serán diferentes algunas de las necesidades insatisfechas entre los diferentes grupos de consumidores.

De forma similar, siguiendo el postulado de psicopatogénesis, se esperaría que una mayor valoración individual y del medio microsocia, sustentada en la capacidad para satisfacer las necesidades deficitarias, aunada a una menor valoración de las drogas por parte de las muestras de no consumidores, protegería del uso actual de sustancias ilegales.

Ha 3.1. La dirección de los Índices de Dominancia Evaluativa (IDE) de los significados psicológicos de la familia, los amigos, el yo, la cocaína y la marihuana predice el consumo actual de marihuana. Un menor IDE sobre la familia, los amigos y el yo y un mayor IDE sobre la marihuana predicen el consumo actual de marihuana.

Ha 3.2. La dirección de los IDE sobre los significados psicológicos la familia, los amigos, el yo, la cocaína y la marihuana predice el consumo actual de cocaína. Un menor IDE sobre el yo, la familia y los amigos y un IDE mayor o neutro sobre la cocaína predicen el consumo actual de cocaína.

Ha 3.3. La dirección de los IDE sobre los significados psicológicos del yo, la familia, los amigos, la marihuana y la cocaína predice el consumo actual de marihuana y cocaína. Un menor IDE sobre el yo, la familia y los amigos y un IDE mayor o neutro sobre la cocaína y un IDE mayor sobre la marihuana predicen el consumo actual de marihuana y cocaína.

Ha 3.4. La dirección de algunos IDE sobre los significados psicológicos la familia, los amigos, el yo, la cocaína y la marihuana predice la clasificación de los grupos de a) usuarios actuales de marihuana, b) usuarios actuales de cocaína, c) usuarios actuales de ambas sustancias y d) no consumidores de

drogas. Menores IDE sobre la familia, los amigos y el yo, así como, mayores IDE sobre la cocaína y la marihuana clasificarán a los grupos de consumidores de drogas, con algunas diferencias entre IDE entre las muestras de usuarios, como es el caso de que un mayor IDE sobre la marihuana clasificará mejor a los usuarios actuales de marihuana y un mayor IDE (o tendiente a neutro) sobre la cocaína clasificará mejor a los consumidores actuales de cocaína.

Finalmente, se contempló que la dirección de las Subescalas de Filosofía de vida pudiera representar un efecto protector del uso de drogas ilícitas.

Hn 4.1. La dirección de las Subescalas de Filosofía de Vida no predice el consumo actual de marihuana, de cocaína y de ambas drogas.

Ha 4.1. La dirección de las Subescalas de Filosofía de Vida predice el consumo actual de marihuana, de cocaína y de ambas drogas.

Hn 4.2. La dirección de las Subescalas de Filosofía de Vida no predice la clasificación de los grupos de a) usuarios actuales de marihuana, b) usuarios actuales de cocaína, c) usuarios actuales de ambas sustancias y d) no consumidores de drogas.

Ha 4.2. La dirección de las Subescalas de Filosofía de Vida predice la clasificación de los grupos de a) usuarios actuales de marihuana, b) usuarios actuales de cocaína, c) usuarios actuales de ambas sustancias y d) no consumidores de drogas.

Participantes

Se conformaron cuatro muestras independientes, con un total de 395 adolescentes y adultos jóvenes, entre 13 y 29 años, del sexo masculino residentes en la Cd. de México.

No Usuarios de Drogas

El grupo de no usuarios estuvo conformado por 151 sujetos varones con una media de edad de 17.48 (DE = 4.03), con un rango de edad entre 13 y 26 años. El 97.2% dijo ser soltero y sólo el 1.4% casado y 1.4% en unión libre. El 95.3% reportó como principal ocupación estudiar y el 4.7% (7 sujetos) trabajar. El 37.7% se ubicó en el nivel medio básico, el 35.1% en el medio superior y el 26.5% en el nivel superior como el máximo grado de estudio. Ninguno reportó el consumo de drogas ilegales.

Usuarios de Marihuana

Se contó con la participación de 47 jóvenes varones de entre 13 y 28 años, con una edad media de 19.30 (DE= 3.28). La mayoría dijo ser soltero (91.5%), el resto reportaron estar casados (4.3%) y en unión libre (4.3%). El 60.9% reportó dedicarse al estudio, 19.6% a trabajar y el mismo porcentaje indicó encontrarse sin ocupación. El 50% contó con nivel medio superior como máximo grado de estudio, mientras que el 30.4% alcanzó un nivel medio básico, el resto reportó el nivel superior y básico (13% y 6.5%, respectivamente). El 76.6% no había asistido a ningún tratamiento anteriormente.

Entre las características del consumo se encontró que 80.9% usó marihuana más de veinte veces y el 19.1% de cinco a veinte veces. La edad media de inicio fue 16.17 años (DE= 2.09) y la mediana de 16 años. Los promedios de inicio del consumo más altos se ubican entre los 15 y los 17 años (57.5%).

El 37.5% reportó consumir marihuana diariamente, 17.5% varias veces por semana, 27.5% semanalmente y el 17.5% algunas veces al mes. El 48.8% de los usuarios de marihuana reportaron haber consumido cocaína alguna vez en forma experimental, entre 1 y 5 veces y sin reportarse el consumo en el último año.

Usuarios de Cocaína

Se obtuvieron 47 participantes de usuarios de cocaína, todos del sexo masculino, con una media de 22.26 años (DE = 4.15). El 66% dijo ser soltero, el 21.3% mencionó como estado civil la unión libre y el 12.8% reportó estar casado. El 52.2% reportó como ocupación principal el trabajo, mientras que el 37% no tenía ocupación al momento de la entrevista, y sólo el 10.9% estudiaba. En cuanto al último grado de escolaridad, el 53.3% se ubicó en el nivel medio básico, mientras que 33.4% en el nivel medio superior, el resto mencionó el nivel básico y superior (6.7% c/u). El 63.8% de los usuarios indico no haber participado anteriormente en algún tratamiento.

Entre las características del consumo se encontró que 89.4% usó cocaína más de veinte veces, mientras que el 10.7% de cinco a veinte veces. La edad de inicio promedio fue de 18.64 años (DE = 3.17) y la mediana de 18 años. El lapso de edad de inicio del consumo más representativo fue de 17 a 19 años (55.6%).

El 23.4% reportó consumir cocaína diariamente, 36.2% varias veces por semana, 17% semanalmente y el 17% algunas veces al mes, mientras que el 6.4% reportó usar cocaína con meses de diferencia. La vía de uso principal reportada fue fumada (84.8%), después la aspirada por la nariz (13%) y por último la inyectada (2.2%). El 57.4% de los usuarios de cocaína reportaron haber hecho uso experimental de marihuana con un consumo de una a cinco veces en la vida y sin presentar consumo en el año anterior.

Usuarios de marihuana y cocaína

Se analizaron 50 participantes varones usuarios actuales de marihuana y cocaína, con edades entre 13 y 29 años, con una media de 19.76 años (DE = 4.07). El 82% dijo ser soltero, el 10% mencionó estar en unión libre, 6% casados y 2% divorciados. El 34.7% reportó como principal ocupación el trabajo, mientras que el 32.7% en ese momento se encontraba sin ocupación; el 32.7% reportó estudiar. Con respecto a la escolaridad, el 53.1% se ubicó en el nivel medio básico, el 30.6% en medio superior, 12.2% en nivel básico, el resto en nivel superior (2%).

El 66% reportó no haber estado anteriormente bajo ningún tratamiento. Entre las características del consumo se encontró que 69.4% había usado marihuana más de veinte veces y 30.6% de cinco a veinte veces. La edad de inicio promedio del consumo de marihuana fue de 14.59 años (DE = 2.27) y la mediana de 15 años, así, los porcentajes más altos se ubican entre los 14 y los 17 años (65.2%). El 74% había usado cocaína más de veinte veces y 26% entre cinco y veinte veces, la edad de inicio promedio del consumo de cocaína fue de 15.96 años (s = 2.78). La edad de inicio más frecuente es 17 años (27.1%), aunque cabe señalar que el 41.7% reportó la edad de inicio del consumo entre los 13 y los 15 años. La mediana fue de 16 años.

El 36.1% reportó consumir marihuana diariamente, 33.3% varias veces a la semana, 2.8% semanalmente, 19.4% algunas veces al mes, mientras que el 8.3% reportó usarla con meses de diferencia. El 23.9% reportó consumir cocaína diariamente, 23.9% varias veces a la semana, 23.9% semanalmente, 17.4% algunas veces al mes y 10.9% reportó usar cocaína con meses de diferencia. La vía de administración principal para la cocaína fue fumada (73.5%) y en menor proporción inhalada (26.5%).

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados de esta investigación, los cuales se dividen en tres apartados, correspondientes a las Fases del estudio.

Fase uno

Grado de satisfacción de las necesidades

Para la evaluación del **grado de satisfacción** de las necesidades, como se recordará, se utilizó una escala tipo Likert con las siguientes opciones: 1=muy insatisfecho, 2=insatisfecho, 3=ni satisfecho ni insatisfecho, 4=satisfecho y 5=muy satisfecho, como se menciona más adelante.

Entre las necesidades **Fisiológicas**, se encontraron diferencias en el grado de satisfacción de la **salud** ($F=11.9$, $g/= 3$, $p=.000$). La prueba *post hoc* indicó las diferencias entre la muestra de no usuarios de drogas, al aparecer satisfecha (4.09) y las muestras de policonsumidores y los consumidores de cocaína, los cuales presentaron deficiencias en su grado de satisfacción (3.34 y 3.63 respectivamente).

Por otra parte, la prueba Tukey también reveló que otra diferencia significativa aparece entre la muestra de consumidores de marihuana (más cercanos a satisfecha, con 3.78) y los policonsumidores (Tabla 3).

A su vez, los grados de satisfacción de las necesidades de **comer** y **dormir** no presentaron diferencias estadísticas significativas entre las muestras, la primera con un promedio cercano a 4 (satisfecho) y la segunda, alrededor de 3.7 (cercano a satisfecho) (Tabla 3).

Tabla 3. Diferencias en grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas

Necesidad	Grupos	n	\bar{x}	DE	F	gl	p	Post hoc Tukey (1=muy insatisfecho; 2=insatisfecho; 3=ni satisfecho ni insatisfecho; 4=satisfecho; 5=muy satisfecho)
Salud	No consumo (n)	148	4.09	0.78	11.9	3	.000	n > p, c m > p
	Marihuana (m)	46	3.78	0.84				
	Cocaína (c)	46	3.63	0.9				
	Policonsumo (p)	50	3.34	0.87				
Comer	No consumo	147	4.13	0.75	1.2	3	ns	
	Marihuana	46	4.07	0.80				
	Cocaína	46	4.00	0.82				
	Policonsumo	49	3.90	0.85				
Dormir	No consumo	147	3.78	0.88	0.8	3	ns	
	Marihuana	46	3.78	0.94				
	Cocaína	46	3.63	1.00				
	Policonsumo	50	3.58	0.97				

En las necesidades de **Seguridad**, se encontraron diferencias entre las muestras en las cuatro necesidades estudiadas. En el grado de satisfacción de la **tranquilidad** ($F=17.43$, $gl= 3$, $p=.000$), en donde las diferencias se presentaron entre la muestra de no usuarios de drogas, con un grado de satisfacción cercano a satisfecho (3.73) frente a los consumidores de cocaína, que presentaron una deficiencia considerable (2.63) y los consumidores de marihuana (3.24). Debe destacarse que la deficiencia del grado de satisfacción de esta necesidad en los consumidores de cocaína, también presentó diferencias ante el grado de satisfacción de los poliusuarios y los consumidores de marihuana, entre los cuales la deficiencia observada es menor (Tabla 4).

En la necesidad de **orden** aparecieron diferencias entre las muestras ($F=9.23$, $gl= 3$, $p=.000$). Aunque se observa cierta deficiencia en el grado de satisfacción de los no usuarios de drogas (3.68) esta deficiencia es significativamente mayor entre los usuarios de cocaína (2.87) y los policonsumidores, que obtuvieron una media de 3.16, con base en la prueba *post hoc*, sin que aparezcan diferencias con la muestra de usuarios de marihuana (Tabla 4).

Tabla 4. Diferencias en grado de satisfacción de las necesidades de seguridad entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas

Necesidad	Grupos	n	\bar{x}	DE	F	gl	p	Post hoc Tukey
(1=muy insatisfecho; 2=insatisfecho; 3=ni satisfecho ni insatisfecho; 4=satisfecho; 5=muy satisfecho)								
Tranquilidad	No consumo (n)	148	3.73	0.85	17.43	3	.000	n > c, m m > c p > c
	Marihuana (m)	46	3.24	1.06				
	Cocaína (c)	46	2.63	0.95				
	Policonsumo (p)	50	3.32	0.98				
Orden	No consumo	148	3.68	0.79	9.23	3	.000	n > c, p
	Marihuana	46	3.26	1.12				
	Cocaína	46	2.87	1.05				
	Policonsumo	50	3.16	1.15				
Seguridad Emocional	No consumo	147	3.92	0.87	17.65	3	.000	n > c, p, m
	Marihuana	46	3.26	1.12				
	Cocaína	46	2.87	1.05				
	Policonsumo	50	3.16	1.15				
Justicia en la Familia	No consumo	151	3.95	0.98	13.89	3	.000	n > c, p, m
	Marihuana	46	3.39	1				
	Cocaína	46	3.07	1.04				
	Policonsumo	50	3.16	1.11				

En el grado de satisfacción de la **seguridad emocional** se presentaron diferencias entre las muestras ($F=17.65$, $gl= 3$, $p=.000$), al aparecer satisfecho en los no consumidores de drogas (3.92) con diferencias significativas indicadas por las pruebas *post hoc* frente a las tres muestras de consumidores, quienes reportaron deficiencias en su satisfacción, en particular los usuarios de cocaína (2.87), pero también entre los policonsumidores (3.16) y los consumidores de marihuana, que presentaron una media de grado de satisfacción de 3.26 (Tabla 4).

Se presentaron diferencias en el grado de satisfacción de la **justicia en la familia** ($F=13.89$, $gl= 3$, $p=.000$). Las pruebas *post hoc* muestran que está satisfecho en la muestra de no usuarios de drogas (3.95), frente a las medias de las tres muestras de consumidores, quienes mostraron deficiencia en su satisfacción, siendo para los consumidores de cocaína 3.07, para los policonsumidores 3.16 y para los usuarios actuales de marihuana 3.39 (Tabla 4).

En las necesidades de **Estima** se encontraron diferencias en las cinco variables estudiadas. Tal es el caso del grado de satisfacción del **reconocimiento** ($F=7.70$, $gl= 3$, $p=.000$), el cual se encuentra más cercano a satisfecho en la muestra de no usuarios de drogas (3.75), mostrándo diferencia con los consumidores de cocaína (3.17) y poliusuarios, que presentan deficiencia de satisfacción (Tabla 5).

El grado de satisfacción del **poder** presenta diferencias entre las muestras ($F=4.27$, $gl= 3$, $p=.006$), con puntuaciones mayores en los no consumidores (3.62) frente a los usuarios de cocaína y los policonsumidores, ambos con una media de 3.24. Sin embargo, las pruebas *post hoc* no lograron precisar las muestras en que se encontraron las diferencias. (Tabla 5).

Tabla 5. Diferencias en grado de satisfacción de las necesidades de estima entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas

Necesidad	Grupos	n	\bar{x}	DE	F	gl	p	Post hoc Tukey
(1=muy insatisfecho; 2=insatisfecho; 3=ni satisfecho ni insatisfecho; 4=satisfecho; 5=muy satisfecho)								
Reconoci- miento	No consumo (n)	150	3.75	0.82	7.70	3	.000	n > c, p
	Marihuana (m)	45	3.40	0.89				
	Cocaína (c)	46	3.17	1.02				
	Policonsumo (p)	50	3.18	1.12				
Poder	No consumo	150	3.62	0.83	4.27	3	.006	
	Marihuana	46	3.37	0.74				
	Cocaína	46	3.24	0.92				
	Policonsumo	50	3.24	0.82				
Dominar	No consumo	150	3.52	0.91	2.62	3	.051	
	Marihuana	46	3.37	0.68				
	Cocaína	45	3.4	0.86				
	Policonsumo	49	3.12	0.9				
Éxito	No consumo	150	3.77	0.91	16.67	3	.000	n > c, m, p
	Marihuana	46	2.96	1.21				
	Cocaína	46	2.80	1.11				
	Policonsumo	50	3.02	1.08				
Dinero	No consumo	151	3.49	0.96	8.03	3	.000	n > c, p
	Marihuana	46	3.04	1.05				
	Cocaína	46	2.78	1.01				
	Policonsumo	50	3.02	0.96				

El grado de satisfacción de la necesidad de **dominar** presenta diferencias entre las medias de las muestras ($F= 2.62$, $g/= 3$, $p=.051$), mientras que en los no usuarios de drogas aparece una moderada deficiencia (3.52), en la muestra de los policonsumidores la deficiencia es mayor, al presentar un grado de satisfacción de 3.12 (Tabla 5), sin embargo, las pruebas *post hoc* no lograron diferenciar a las muestras.

En el grado de satisfacción de la necesidad de **éxito** las diferencias son más notables ($F= 16.67$, $g/= 3$, $p=.000$) y se observan entre el grupo de no usuarios de drogas (cercaos a satisfecho, con 3.8) y las tres muestras de usuarios, con evidentes deficiencias de satisfacción (Tabla 5).

En el grado de satisfacción de la necesidad de **dinero** se presentaron diferencias significativas ($F= 8.03$, $g/= 3$, $p=.000$), indicando las pruebas *post hoc* diferencias entre la muestra de no usuarios de drogas (3.49) ante los consumidores de cocaína (2.78) y los policonsumidores (3.02) donde las deficiencias son mayores (Tabla 5).

Entre las necesidades **Afectivas** se encontraron diferencias entre las muestras en las cuatro necesidades estudiadas. En el grado de satisfacción del **amor** ($F=3.20$, $g/= 3$, $p=.024$), cercano a satisfecho en la muestra de no usuarios (3.90) y con menores puntuaciones en las tres muestras de usuarios de drogas (alrededor de 3.5), sin embargo, las pruebas *post hoc* no alcanzaron a identificar las muestras en las que se presentan las diferencias (Tabla 6).

Se presentaron diferencias en el grado de satisfacción de la **amistad** ($F=12.19$, $g/= 3$, $p=.000$), con puntuaciones superiores a satisfecho en llos no usuarios de drogas (4.3), con diferencias significativas con las tres muestras de consumidores, que mostraron deficiencias de satisfacción, siendo ésta mayor en los usuarios de cocaína (Tabla 6).

Tabla 6. Diferencias en grado de satisfacción de las necesidades afectivas entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas

Necesidad	Grupos	n	\bar{x}	DE	F	gl	p	Post hoc Tukey
(1=muy insatisfecho; 2=insatisfecho; 3=ni satisfecho ni insatisfecho; 4=satisfecho; 5=muy satisfecho)								
Amor	No consumo	151	3.90	1.13	3.20	3	.024	
	Marihuana	46	3.52	1.19				
	Cocaína	46	3.46	1.17				
	Policonsumo	50	3.50	1.04				
Amistad	No consumo (n)	151	4.26	0.85	12.19	3	.000	n > c, m, p
	Marihuana (m)	46	3.63	1.1				
	Cocaína (c)	46	3.41	1.24				
	Policonsumo (p)	50	3.66	1.1				
Respeto	No consumo	147	4.03	0.76	10.28	3	.000	n > m, p, c
	Marihuana	46	3.46	0.89				
	Cocaína	46	3.48	0.96				
	Policonsumo	50	3.46	1.01				
Cariño	No consumo	147	4.24	0.8	12.44	3	.000	n > m, p, c
	Marihuana	46	3.63	1.06				
	Cocaína	46	3.72	0.91				
	Policonsumo	50	3.48	1.01				

En la necesidad de **respeto** aparecen diferencias entre las muestras ($F=10.28$, $gl= 3$, $p=.000$), apareciendo satisfecha entre los no usuarios de drogas (4), con diferencias significativas ante los tres grupos de consumidores que presentaron cierta deficiencia en su satisfacción, con medias cercanas a 3.5 (Tabla 6).

Se presentaron diferencias en el grado de satisfacción del **cariño** ($F=12.44$, $gl= 3$, $p=.000$), al mostrar puntuaciones superiores a satisfecho en la muestra de no usuarios de drogas (4.2), en contraste con las medias de los tres grupos de consumidores, quienes mostraron cierta deficiencia en su satisfacción, según las pruebas *post hoc*, siendo para los policonsumidores de 3.5, para los consumidores de marihuana de 3.6 y para los usuarios de cocaína una media del grado de satisfacción de 3.7 (Tabla 6).

Significados psicológicos

Las asociaciones obtenidas por medio de la técnica del Análisis Asociativo de Grupo fueron procesadas, obteniéndose en primera instancia Pesos Relativos, a partir de los cuales, con el apoyo del grupo de jueces, se derivaron los Índices de Dominancia Evaluativa como variables continuas y se compararon las medias de las muestras.

Pesos Relativos

Para la palabra estímulo **familia** los no consumidores de drogas produjeron 410 asociaciones diferentes, acumulando un total de 3514 Pesos Relativos (PR), de los cuales el 83% fue ubicado por los jueces con Componentes Subjetivos (CS) positivos, 7% como negativos y 10% como neutros. Los poliusuarios de marihuana y cocaína elaboraron 236 asociaciones, con 1207 PR, de los cuales el 64% fue ubicado con CS positivos, 21% negativos y 15% neutros; los usuarios de cocaína aportaron 136 asociaciones, con 1099 PR, de los cuales el 72% fueron CS positivos, 22% negativos y 6% neutros; mientras que los consumidores de marihuana reportaron 206 asociaciones diferentes, con 1090 PR, con 77% de CS positivos, 19% negativos y 4% neutros.

Sobre la palabra estímulo **amigos** el grupo de no consumidores de drogas produjo 391 asociaciones diferentes, con un total de 3327 Pesos Relativos (PR), de los cuales el 74% fue ubicado por los jueces con Componentes Subjetivos (CS) positivos, 12% negativos y 14% neutros; por su parte, el grupo de poliusuarios de marihuana y cocaína elaboró 257 asociaciones diferentes, con un total de 1223 PR, de los cuales el 61% fue ubicado con CS positivos, 36% negativos y 13% neutros.

A su vez, sobre esta misma palabra estímulo, el grupo de usuarios de cocaína aportó 176 asociaciones diferentes, con un total de 987 PR, de los cuales el 45% fue ubicado con CS positivos, 43% negativos y 12% neutros y; el grupo de consumidores de marihuana reportó 213 asociaciones diferentes, con un total de 1064 PR, de los cuales el 67% fue ubicado con CS positivos, 24% negativos y 9% neutros.

La palabra estímulo **yo** produjo, entre los no consumidores de drogas 470 asociaciones diferentes, con 3,723 Pesos Relativos (PR), de los cuales el 76% fue ubicado por los jueces con Componentes Subjetivos (CS) positivos, 12% negativos y 12% neutros. Los poliusuarios elaboraron 242 asociaciones diferentes, con 1152 PR, de los cuales el 43% fueron CS positivos, 40% negativos y 17% neutros; el grupo de usuarios de cocaína aportó 243 asociaciones diferentes, con un total de 1165 PR, de los cuales el 56% fue ubicado con CS positivos, 33% negativos y 11% neutros; y los consumidores de marihuana reportaron 248 asociaciones diferentes y también obtuvieron 1165 PR, de los cuales el 64% fue ubicado con CS positivos, 27% negativos y 9% neutros.

La palabra estímulo **cocaína** produjo en el grupo de no consumidores de drogas 395 asociaciones diferentes, con un total de 3045 Pesos Relativos (PR), de los cuales el 7% fue ubicado por los jueces con Componentes Subjetivos (CS) positivos, 81% negativos y 12% neutros; por su parte, el grupo de poliusuarios de marihuana y cocaína reportó 220 asociaciones diferentes, con un total de 1181 PR, de los cuales el 16% fue ubicado con CS positivos, 67% negativos y 17% neutros; a su vez, el grupo de usuarios de cocaína aportó 202 asociaciones diferentes, con un total de 1029 PR, de los cuales el 16% fue ubicado con CS positivos, 68% negativos y 16% neutros; mientras que el grupo de consumidores de marihuana elaboró 132 asociaciones diferentes, con 763

PR, de los cuales el 5% fue ubicado con CS positivos, 73% negativos y 22% neutros.

Para la palabra estímulo **mariguana** el grupo de no consumidores de drogas reportó 358 asociaciones diferentes, las cuales acumularon un total de 2848 Pesos Relativos (PR), de los cuales el 10% fue ubicado por los jueces con Componentes Subjetivos (CS) positivos, 73% negativos y 17% neutros; por su parte, el grupo de poliusuarios de marihuana y cocaína produjo 224 asociaciones diferentes, con un total de 1118 PR, de los cuales el 38% fue ubicado con CS positivos, 41% negativos y 21% neutros; mientras que el grupo de usuarios de cocaína, aportó 121 asociaciones diferentes, con un total de 669 PR, de los cuales el 11% fue ubicado con CS positivos, 67% negativos y 22% neutros; finalmente, el grupo de consumidores de marihuana produjo 200 asociaciones diferentes, con un total de 1071 PR, de los cuales el 43% fue ubicado con CS positivos, 35% negativos y 22% neutros.

Indices de Dominancia Evaluativa

La comparación de las medias de los Indices de Dominancia Evaluativa (*IDE*) de los significados psicológicos entre las muestras se llevó a cabo por medio del Análisis de Varianza de una sola vía, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las medias en las cinco palabras estímulo estudiadas. Asimismo, se aplicó la prueba *post hoc* de *Tukey* para identificar las muestras que presentaron las diferencias.

Tabla 7. Diferencias en el Índice de Dominancia Evaluativa de la palabra FAMILIA entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas

Palabra estímulo	Grupos	<i>n</i>	\bar{x}	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Post hoc Tukey</i>
(Rango de -100 a 100)								
Familia	Usa marihuana (m)	44	59,7	54,8	9,5	3	,0000	n > p, c
	Usa cocaína (c)	46	43,1	67,2				
	Policonsumo (p)	48	39,7	50,6				
	No consumo (n)	148	75,5	38,0				

En la palabra estímulo familia ($F=9.5$, $gl= 3$, $p=.0000$) las pruebas post hoc indicaron que las diferencias se presentaron entre las medias de los no consumidores de drogas (con un *IDE* bastante positivo) frente los policonsumidores y los usuarios de cocaína, los cuales presentaron *IDE* medianamente positivos (Tabla 7).

Tabla 8. Diferencias en el Índice de Dominancia Evaluativa de la palabra AMIGOS entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas

Palabra estímulo	Grupos	<i>n</i>	\bar{x}	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Post hoc Tukey
(Rango de -100 a 100)								
Amigos	Usa marihuana (m)	44	36,0	48,8	28,1	3	,0000	n, m > c, p
	Usa cocaína (c)	45	-9,1	62,1				
	Policonsumo (p)	48	10,0	55,9				
	No consumo (n)	147	58,9	41,2				

En la palabra estímulo amigos ($F=28.1$, $gl= 3$, $p=.0000$) la prueba de Tukey identificó dos agrupaciones, por un lado los no consumidores y los consumidores de marihuana (*IDE* medianamente positivo) y por el otro los usuarios de cocaína (*IDE* negativo bajo) y los policonsumidores (*IDE* positivo bajo) (Tabla 8).

Tabla 9. Diferencias en el Índice de Dominancia Evaluativa de la palabra YO entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas

Palabra estímulo	Grupos	<i>n</i>	\bar{x}	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Post hoc Tukey
(Rango de -100 a 100)								
Yo	Usa marihuana (m)	44	37,4	48,1	25,4	3	,0000	n > p, c, m m > p
	Usa cocaína (c)	46	24,3	59,8				
	Policonsumo (p)	48	1,0	67,1				
	No consumo (n)	148	64,8	33,7				

En la palabra estímulo yo ($F=25.4$, $gl= 3$, $p=.0000$) las pruebas post hoc indicaron que las diferencias se presentaron entre las medias de los no consumidores de drogas (*IDE* claramente positivo) frente al *IDE* de los tres grupos de usuarios, con un *IDE* más bajo. Aunque también se presentaron diferencias entre las medias de los usuarios de marihuana (con un *IDE* medianamente positivo) frente a la de los policonsumidores, quienes se ubicaron en un nivel neutro en la evaluación hacia su persona (Tabla 9).

Tabla 10. Diferencias en el Índice de Dominancia Evaluativa de la palabra COCAÍNA entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas

Palabra estímulo	Grupos	n	\bar{x}	DE	F	gl	p	Post hoc Tukey
(Rango de -100 a 100)								
Cocaína	Usa marihuana (m)	32	-64,7	41,8	6,4	3	,0003	n < p
	Usa cocaína (c)	44	-55,7	43,6				
	Policonsumo (p)	47	-46,9	41,1				
	No consumo (n)	133	-73,4	34,8				

En la palabra estímulo cocaína ($F=6.4$, $gl= 3$, $p=.0003$) las pruebas post hoc indicaron que las diferencias se presentaron entre los no consumidores de drogas, con un *IDE* bastante negativo frente al de los policonsumidores, el cual también fue negativo, pero de mediana intensidad (Tabla 10).

Tabla 11. Diferencias en el Índice de Dominancia Evaluativa de la palabra MARIHUANA entre usuarios de marihuana, cocaína, ambas sustancias y no usuarios de drogas

Palabra estímulo	Grupos	n	\bar{x}	DE	F	gl	p	Post hoc Tukey
(Rango de -100 a 100)								
Marihuana	Usa marihuana (m)	44	5,4	53,4	46,0	3	,0000	n, c < m, p
	Usa cocaína (c)	33	-61,8	43,0				
	Policonsumo (p)	45	-4,7	52,3				
	No consumo (n)	133	-67,3	35,8				

En la palabra estímulo marihuana ($F=46.0$, $gl= 3$, $p=.0000$) la prueba de Tukey identificó dos agrupaciones, por un lado los no consumidores y los consumidores de cocaína (*IDE* claramente negativos) y por el otro los usuarios de marihuana los policonsumidores, con *IDE* cercanos a lo neutro (Tabla 11).

Filosofía de Vida

No obstante la baja confiabilidad obtenida por las subescalas de filosofía de vida, se llevó a cabo la comparación de las medias de las 4 subescalas entre las muestras, por medio del Análisis de Varianza de una sola vía, en las cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, dado que las medias de las cuatro medias mostraron puntuaciones muy semejantes (Tabla 12). Los valores para la opción activa

Finalmente, la Subescala de **Cautela vs. Audacia** la media se ubicó en puntuaciones intermedias para las cuatro muestras, un poco más cercanas a la opción de audacia (Tabla 12).

Fase dos

Los resultados de los análisis predictivos se presentan en dos partes. En la primera parte se llevaron a cabo tres análisis estadísticos de Regresión Logística por Pares, el primero de los cuales incluyó a los consumidores de marihuana, el segundo a los consumidores de cocaína y el tercero a los policonsumidores de ambas drogas, en los tres casos comparándolos con la muestra de no usuarios de drogas. En la segunda parte, se llevó a cabo un Análisis Discriminante Confirmatorio para cuatro grupos, en el cual se incluyeron las cuatro muestras: los consumidores de marihuana, los de cocaína, los poliusuarios de estas drogas y los no consumidores, por medio de una estrategia de validación cruzada.

Las variables independientes incorporadas, en todas las ocasiones, fueron las variables continuas que presentaron diferencias estadísticas significativas en los análisis de Varianza, es decir, el grado de satisfacción de las 14 necesidades de deficiencia (salud, tranquilidad, orden, seguridad emocional, justicia en la familia, reconocimiento, poder, dominar, éxito, dinero, amor, amistad, respeto y cariño), así como los cinco *Indices de Dominancia Evaluativa* de las palabras estímulo yo, familia, amigos, cocaína y marihuana.

Regresiones Logísticas por pares

En el desarrollo de los análisis de regresión logística, se consideró inicialmente que las variables independientes predijeran el consumo de drogas, considerándolas como

factores de riesgo, sin embargo en el proceso se descubrió que los grupos mejor clasificados eran los no consumidores de drogas, de tal manera, se encontró que las variables cumplían una función protectora en mayor medida que una función de riesgo, de esta forma a los análisis desarrollados se les asignó el valor de cero al consumo de drogas (marihuana, cocaína o policonsumo) y el valor de uno para el no uso de drogas.

Uso de marihuana

Se utilizó una base de 158 participantes, de los cuales 31 fueron usuarios actuales de marihuana y 127 no usuarios de drogas, por medio de un análisis de Regresión logística por pares, con base en la variable criterio dicotómica **consumo actual de marihuana**.

Por medio del método “adelante condicional” se obtuvieron dos modelos estadísticamente válidos, de los cuales el segundo se consideró el más adecuado, clasificando correctamente a 90.5% de los participantes. El modelo obtuvo una bondad de ajuste global de $-2LL = 100.6$, con una R^2 de Nagelkerke = .52. Los coeficientes del modelo se consideraron significativamente válidos de acuerdo con las pruebas omnibus sobre dichos coeficientes ($\chi^2 = 62.6$, $gl = 2$, $p = .000$).

Con base en el estadístico de Wald, las variables independientes con coeficientes diferentes de cero para el modelo dos fueron el grado de satisfacción de la necesidad de **respeto** y el Índice de Dominancia Evaluativa (*IDE*) correspondiente a la palabra **mariguana**. En el primer caso, el signo positivo de la B nos indica que una mayor satisfacción del respeto se asocia con no consumir marihuana, mientras que el signo negativo del segundo caso, refiere que una evaluación más negativa hacia la

mariguana se asocia con no ser consumidor de esta sustancia (Tabla 13). Asimismo, se verificó que el grado de satisfacción del respeto y el *IDE* de la mariguana presentaron una correlación baja ($r = -.15$).

Tabla 13. Estadísticos predictivos de la protección del uso de mariguana

Variable	<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp B</i>	IC 95%
Satisfacción del Respeto	.774	6.5	1	.011	2.17	1.20 a 3.93
IDE de la mariguana	-.035	30.1	1	.000	.97	.95 y .98
Porcentaje global de clasificación correcta = 90.5%						

Es destacable sobre todo el peso que tiene la satisfacción de la necesidad de respeto como factor protector del consumo de mariguana, puesto que los adolescentes y jóvenes varones que tienen satisfecha esta necesidad presentan 2.2 veces más posibilidades de no consumir mariguana.

Uso de cocaína

Se utilizó una base de 158 participantes, de los cuales 31 fueron usuarios actuales de cocaína y 127 no usuarios de drogas, por medio de un análisis de Regresión logística por pares, con base en la variable criterio dicotómica **consumo actual cocaína**.

Por medio del método “adelante condicional” se obtuvieron cinco modelos estadísticamente válidos, de los cuales el cinco se consideró el más adecuado, clasificando correctamente a 90.5% de los participantes. El modelo obtuvo una bondad de ajuste global de $-22LL = 76.0$, con una R^2 de Niagelkerke = .64. Los coeficientes del modelo se consideraron significativamente válidos de acuerdo con las pruebas ómnibus sobre dichos coeficientes ($X^2 = 80.4$, $gl = 5$, $p = .000$).

Tabla 14. Estadísticos predictivos de la protección del uso de cocaína

Variable	B	Wald	gl	p	Exp B	IC 95%
IDE de los amigos	.022	15.0	1	.000	1.02	1.01 a 1.03
IDE de la cocaína	-.038	30.1	1	.000	.96	.94 a .98
IDE de la marihuana	.026	5.5	1	.019	1.03	1.01 a 1.05
Satisfacción de la tranquilidad	1.05	16.3	1	.000	4.64	2.20 a 9.78
Satisfacción de la justicia en la familia	.68	5.0	1	.000	1.98	1.09 a 3.61
Porcentaje global de clasificación correcta = 90.5%						

Con base en el estadístico de Wald, las variables independientes con coeficientes diferentes de cero para el modelo cinco fueron el Índice de Dominancia Evaluativa (*IDE*) de la palabra **amigos**, el *IDE* de la palabra **cocaína**, el *IDE* de la palabra **mariguana**, el grado de satisfacción de la necesidad de la **tranquilidad** y el grado de satisfacción de la necesidad de la **justicia en la familia** (Tabla 14)..

En el caso de la palabra amigos, un mayor *IDE* funge como factor protector; mientras que, por el contrario, un menor *IDE* hacia la cocaína cubre también un efecto protector; curiosamente, un mayor *IDE* hacia la mariguana cubre un efecto protector contra el consumo de cocaína; claramente un mayor grado de satisfacción de la tranquilidad, así como del grado de satisfacción de la justicia en la familia cubren sendos efectos protectores. Por otra parte, con la excepción de una correlación inversa de mediana intensidad entre los *IDE* de la mariguana y la cocaína (-.64), las demás correlaciones entre las variables mencionadas fueron bajas.

Se destaca el poderoso efecto protector que presenta la satisfacción de la necesidad de tranquilidad frente al consumo de cocaína entre los adolescentes y jóvenes varones, puesto que aquellos que tienen satisfecha esta necesidad muestran 4.6 veces más posibilidades de no consumir dicha sustancia (I. C. 95% de 2.2 a 9.8).

Uso de marihuana y cocaína

Para este análisis se contó una base de 171 participantes, de los cuales 44 fueron poliusuarios actuales de marihuana y cocaína y 127 no usuarios de drogas, corriéndose un análisis de Regresión logística por pares, con la variable criterio dicotómica Por medio del método “adelante condicional” se obtuvieron cuatro modelos estadísticamente válidos, de los cuales el cuarto se consideró el más adecuado, clasificando correctamente a 87.1% de los participantes. El modelo obtuvo una bondad de ajuste global de $-22LL = 77.0$, con una R^2 de Niagelkerke= .64. Los coeficientes del modelo se consideraron significativamente válidos de acuerdo con las pruebas ómnibus sobre dichos coeficientes ($\chi^2 = 98.1$, $gl= 4$, $p= .000$).

Tabla 15. Estadísticos predictivos de protección del uso de marihuana y cocaína

Variable	B	Wald	gl	p	Exp B	IC 95%
IDE del yo	.016	18.8	1	.003	1.02	1.01 a 1.03
IDE de los amigos	.011	4.1	1	.042	1.01	1.00 a 1.02
IDE de la mariguana	-.030	22.7	1	.019	.97	.96 a .98
Satisfacción de la salud	1.5	16.3	1	.000	2.81	1.46 a 5.47
Porcentaje global de clasificación correcta = 87.1%						

Con base en el estadístico de Wald, las variables independientes con coeficientes diferentes de cero para el modelo cuatro fueron el Índice de Dominancia Evaluativa (*IDE*) de la palabra **yo**, el *IDE* de la palabra **amigos**, el *IDE* de la palabra **mariguana** y el grado de satisfacción de la necesidad de la **salud** (Tabla 15).

Para el caso de la palabra yo un mayor *IDE* cubre un papel protector; así como en el caso de la palabra amigos, donde un mayor *IDE* funge como factor protector; por el contrario, un *IDE* más negativo hacia la mariguana cubre también un efecto protector y un mayor grado de satisfacción de la salud cubre un poderoso efecto protector.

Se corroboró que todas las correlaciones entre estas variables fueron muy bajas y no significativas.

Se destaca que la satisfacción de la necesidad fisiológica de la salud protege 2.8 veces de ser policonsumidor de marihuana y cocaína (I. C. 95% 1.5 a 5.5).

Análisis Discriminante confirmatorio de cuatro grupos

El análisis se propuso evaluar las posibilidades de clasificar las cuatro muestras con base en las variables independientes. Previo al análisis, con el objeto de validar la función discriminante, se llevó a cabo un procedimiento de división de la muestra o enfoque de validación cruzada, es decir, se construyó una función discriminante con una muestra aleatoria de la base y después se validó con la ampliación al total de la muestra, éste procedimiento amplía el poder de discriminación del análisis (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999).

Muestra de análisis

La muestra consistió en 152 participantes que correspondieron al 65% de la muestra (20 de marihuana, 21 de cocaína, 29 de policonsumo y 87 no usuarios de drogas). El procedimiento de obtención de la muestra se hizo ordenando la base en forma ascendente y después eligiendo dos sujetos si y uno no de principio a fin de la base.

La variable criterio utilizada en el análisis fue la variable categórica **tipo de consumo**, con cuatro valores de clasificación: 1) usuarios actuales de marihuana; 2) usuarios actuales de cocaína; 3) policonsumidores (usuarios actuales de marihuana y de cocaína) y; 4) para los no consumidores de drogas. El análisis que se llevó a cabo fue de tipo confirmatorio de cuatro grupos, el método de inclusión de las variables fue por pasos y se calcularon las posibilidades de acuerdo al tamaño de los grupos.

El análisis introdujo en el último paso cinco variables que obtuvieron una λ de Wilks significativa, por lo que se les puede asignar varianza explicada atribuible a la diferencia de medias entre los distintos grupos. Las variables incorporadas fueron: El Índice de Dominancia Evaluativa (*IDE*) de la marihuana ($\lambda=.635$, $p=.000$), el *IDE* del yo ($\lambda=.510$, $p=.000$), el grado de satisfacción de tranquilidad ($\lambda=.438$, $p=.000$), el *IDE* de los amigos ($\lambda=.399$, $p=.000$) y el *IDE* de la cocaína ($\lambda=.369$, $p=.000$). Se produjeron 3 funciones canónicas discriminantes, la primera de las cuales explicó el 63% de la varianza del modelo, la segunda el 28% y la tercera el 9% restante. A su vez, el estadístico M de Box presentó un valor de 115.245, con significancia estadística ($p=.000$).

Tabla 16. Porcentajes de clasificación correcta de los grupos pronosticados en relación a los grupos de pertenencia en la muestra de análisis

Grupo de pertenencia	Grupo Pronosticado (%)				Total %
	Uso de marihuana	Uso de cocaína	Uso de marihuana y cocaína	No uso de drogas	
Uso de marihuana	50	10	10	30	100
Uso de cocaína	0	42.9	9.5	47.6	100
Uso de marihuana y cocaína	13.8	17.2	48.3	20.7	100
No uso de drogas	4.6	2.3	4.6	88.5	100

Los resultados ubicaron bien clasificados a 70.1 % de los participantes. En particular aparecieron bien clasificados a la mitad (50%) de los usuarios de marihuana, 43% de los usuarios de cocaína, 48% de los policonsumidores y a 86% de los no usuarios de drogas. Por otra parte, una proporción de los consumidores de cocaína (48%) fue también clasificado en el grupo de no usuarios. (tabla 16)

Considerando que la clasificación a priori entre cuatro grupos es de 25%, los resultados muestran una tendencia a explicar el consumo de marihuana y el policonsumo, aunque el grupo mejor clasificado parece ser el de los no consumidores de drogas.

Ampliación de la muestra

El análisis anterior fue replicado con el procedimiento de ampliación de la muestra. En este caso se utilizó toda la muestra, consistente en 233 participantes (32 de marihuana, 32 de cocaína, 45 de policonsumo y 130 no usuarios de drogas).

En el análisis por pasos se obtuvieron las mismas cinco variables con una λ de Wilks significativa que en el análisis de la muestra, aunque se presentaron algunas variaciones en el orden en que fueron introducidas. De tal manera, las variables introducidas fueron: el Índice de Dominancia Evaluativa (*IDE*) de la **mariguana** ($\lambda=.646$, $p=.000$), el *IDE* de los **amigos** ($\lambda=.527$, $p=.000$), el grado de satisfacción de **tranquilidad** ($\lambda=.460$, $p=.000$), el *IDE* del **yo** ($\lambda=.423$, $p=.000$) y el *IDE* de la **cocaína** ($\lambda=.398$, $p=.000$).

Se produjeron 3 funciones canónicas discriminantes, la primera de las cuales explicó el 65% de la varianza del modelo, la segunda el 30% y la tercera el 5% restante (Anexo). El estadístico M de Box presentó un valor de 140.963, con significancia estadística ($p=.000$).

De tal manera, el procedimiento de validación cruzada reporta resultados similares en ambos análisis, lo cual otorga validez a los resultados.

Los resultados clasificaron bien 70.3 % de los participantes. En particular aparecieron bien clasificados 44% de los usuarios de marihuana, 50% de los usuarios de cocaína, 49% de los policonsumidores y a 89% de los no usuarios de drogas, aunque, una proporción de los consumidores de cocaína también se clasificó en el grupo de no usuarios (Tabla 17).

Tabla 17. Porcentajes de clasificación correcta de los grupos pronosticados en relación a los grupos de pertenencia con la ampliación de la muestra

Grupo de pertenencia	Grupo Pronosticado (%)				Total %
	Uso de marihuana	Uso de cocaína	Uso de marihuana y cocaína	No uso de drogas	
Uso de marihuana	43.8	9.4	18.8	28	100
Uso de cocaína	0	50	9.4	40.6	100
Uso de marihuana y cocaína	17.8	13.3	48.9	20	100
No uso de drogas	3.1	2.3	5.4	89.2	100

En general los variables tienden a clasificar bien a los no consumidores de drogas y a presentar una tendencia a explicar una proporción sustancial del no consumo, así como del consumo de marihuana, el policonsumo y el consumo de cocaína, aunque una parte relevante de este último grupo se clasifica también con el grupo de no consumidores de drogas. (Tabla 17).

Tabla 18. Variables en el análisis discriminante confirmatorio de cuatro grupos

Variable	No usuarios	Usa marihuana	Usa cocaína	Policonsumo
<i>IDE</i> marihuana	negativo (-67)	neutro (5)	negativo (-62)	neutro (5)
<i>IDE</i> amigos	positivo (59)	positivo medio (36)	neutro (-9)	neutro (10)
Satisfacción de la tranquilidad	satisfecha (3.7)	mediana deficiencia (3.2)	deficiencia (2.6)	mediana deficiencia (3.3)
<i>IDE</i> yo	positivo (65)	positivo medio (37)	positivo bajo (25)	neutro (1)
<i>IDE</i> cocaína	muy negativo (-73)	negativo (-65)	negativo (-56)	negativo medio (-47)

La dirección de las variables independientes incorporadas en el modelo para clasificar a los grupos se encuentra presente en la dirección de los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas, los cuales son congruentes con la dirección de las diferencias manifiestas en los análisis de ANOVA de una sola vía realizados en la Fase uno (Tabla 18).

Fase Tres

Indicadores de Riesgo y Protección del Consumo de Drogas

Los indicadores de Riesgo y protección del consumo de marihuana y cocaína fueron obtenidos a partir de las Puntuaciones de Predominio obtenidas en concordancia con la división hecha de los jueces en componentes subjetivos positivos y negativos y neutros, considerándolos como posibles indicadores de protección cuando estuvieran presentes solamente en la muestra de no consumidores de drogas y como riesgo cuando solamente aparecieran en las muestras de consumidores de sustancias.

Familia

Todas las muestras encuentran los conceptos de *unión, apoyo, amor y comprensión* asociados de con la familia, sin embargo, a diferencia de las otras muestras, los no consumidores de drogas también la relacionan con *amistad, ser feliz* y la consideran *alegre y honesta* (Tabla 19), además que también incluyen el *regaño*, siendo este último ubicado por los jueces como componente subjetivo negativo.

Tabla 19. Indicadores de riesgo y protección del consumo de marihuana, cocaína o ambas drogas relacionados con la FAMILIA

PALABRA ESTÍMULO FAMILIA	
COMPONENTES SUBJETIVOS PROTECTORES	COMPONENTES SUBJETIVOS DE RIESGO
POSITIVOS	
feliz respeto * ** amistosa sinceridad * *** alegre convivencia ** *** honesta educada ** *** trabajadora ** responsable * buenas personas *	
NEGATIVOS	
regaña	hipócrita * ** falta de atención *** agresiva ** discusiones *** mala ** desintegración * miedo *

* Protección o riesgo del consumo de marihuana; ** del consumo de cocaína; *** del consumo de ambas.

Entre las carencias al interior de las muestras, se observa que los consumidores de drogas adolecen en distintas medidas de determinados componentes subjetivos positivos como: *respeto sinceridad, convivencia, educación, responsabilidad, trabajo* y de asociarla con *buenas personas* (Tabla 19).

Entre los componentes subjetivos relacionados con el riesgo se destacaron los ubicados por los jueces como negativos.

En particular en los usuarios de cocaína se destaca una asociación con la *agresión*, en los poliusuarios aparecen las *discusiones* y la *falta de atención* y en los de marihuana la *desintegración* y el *miedo*, mientras que en los grupos de monousuarios se asocia con la *hipocresía*. Además, es notable que en ninguna de las muestras de usuarios se presentaran asociaciones relacionadas con las drogas (Tabla 19).

Amigos

Todas las muestras concordaron en asociar los amigos con la propia *amistad, diversión, juego, ayuda, apoyo, sinceridad y alegría*, sin embargo, los no consumidores de drogas, además los asociaron con *unión, respeto, cariño y amabilidad*. Al interior de las muestras de consumidores se encuentra la ausencia de ciertas asociaciones, tales como *comprensión, convivencia, confianza y estudio*; tampoco pensaron que fueran *buenos*, ni "*chidos*" (Tabla 20).

Entre los componentes positivos de riesgo para las tres muestras de consumidores se encontraron *pláticas, "cotorreo" y fiesta*; para los usuarios de cocaína y los poliusuarios *trabajo y compañía*; para los de cocaína y para los de marihuana la *hermandad*.

Otros componentes subjetivos positivos relacionados con riesgo fueron que sean *muchos* y que encuentren *tranquilidad, influencia, bailar, creer que son para siempre, quererlos (los quiero), compartir* y entre usuarios de marihuana *salidas, paseos o viajes*. Destaca también para todas las muestras de usuarios de drogas el “*relajo*” como componente subjetivo neutro de riesgo (Tabla 20).

Tabla 20. Indicadores de riesgo y protección del consumo de marihuana, cocaína o ambas drogas relacionados con los AMIGOS

PALABRA ESTÍMULO AMIGOS	
COMPONENTES SUBJETIVOS PROTECTORES POSITIVOS	COMPONENTES SUBJETIVOS DE RIESGO POSITIVOS
unión comprensión ** respeto convivencia ** cariño son buenos * *** amabilidad confianza * ** “chidos” estudio * **	pláticas los quiero * cotorreo compartir * fiestas salidas, paseos, viajes * bailar ** trabajo *** hermandad * ** compañía *** son para siempre ** son muchos *** influencia ** tranquilidad ***
	NEUTRO
	“relajo”
	NEGATIVOS
	usan drogas hipócritas ** *** son drogadictos convenencieros ** *** no existen deshonestos ** traición *

* Protección o riesgo del consumo de marihuana; ** del consumo de cocaína; *** del consumo de ambas.

Entre los componentes subjetivos negativos de riesgo para las tres muestras de usuarios se encontraron asociaciones vinculadas con las *drogas* y la negación de la existencia de la palabra estímulo (*no hay, no existen*). Se observa también la presencia de agresión encubierta –*hipocresía*, considerarlos *convenencieros* y *deshonestos* y se presenta la *traición*– (Tabla 20).

Autoconcepto

Se descubre que en buena medida todos los participantes de las muestras se consideran *buenos*, les importa *estudiar*, la *amistad*, *trabajar* y la *alegría*. Pero, con diferencia de las tres muestras de usuarios, los no consumidores asociaron a su persona con *respeto*, *libertad* y *cantar* (Tabla 21).

Con respecto a carencias particulares en el mundo subjetivo de las muestras de usuarios se encuentra la *responsabilidad*, la *amabilidad* y el *amor*, así como la *honestidad*, la *tranquilidad* y la *inteligencia*. De manera particular, entre los poliusuarios no se presenta el *juego* ni la *sinceridad* y entre los consumidores de cocaína no aparece de manera la disposición de *ayudar* y se consideran *fuertes* (Tabla 21).

Es importante destacar la asociación de los usuarios con respecto a su persona se encuentra el consumo de drogas, tanto por su uso como definiéndose como usuarios: *uso drogas*, *soy adicto*, *me drogo*, *drogadicto* (Tabla 21), mientras que los no usuarios solo hicieron referencia a *tomar* y *fumar* (al igual que los consumidores).

Otros componentes subjetivos negativos de riesgo fueron la *soledad* o sentirse *alejado*, *confusión*, *tristeza* y entre los poliusuarios la *depresión* (Tabla 21), destacándose en esta muestra en particular la presencia de un bloque de conceptos auto-denigratorios, tales como: *soy malo*, *tonto*, *idiota*, *un problema*, *ignorante*, *cochino*, *estoy mal*, *loco*, *tarado*, *no tengo valor* y *no merezco*.

Tabla 21. Indicadores de riesgo y protección del consumo de marihuana, cocaína o ambas drogas relacionados con el AUTOCONCEPTO

PALABRA ESTÍMULO YO	
COMPONENTES SUBJETIVOS PROTECTORES	COMPONENTES SUBJETIVOS DE RIESGO
POSITIVOS	POSITIVO
respeto libertad cantar responsabilidad ** *** inteligencia * *** amabilidad ** *** bailar * amor ** *** juego *** honestidad * *** sinceridad *** tranquilidad * *** ayudar **	fuerte **
	NEGATIVOS
	soy adicto uso drogas alejado ** antisocial *** soledad * *** problemas *** triste * depresión *** inseguro * no tengo valor *** tengo miedo ** no merezco *** agresivo ** soy: malo, tarado, idiota, insatisfecho ** ignorante, un problema, confusión * ** cochino, "rata" *** rebelde * estoy: mal, loco, tarado ***

* Protección o riesgo del consumo de marihuana; ** del consumo de cocaína; *** del consumo de ambas.

Entre los componentes subjetivos negativos de riesgo, para el caso del uso de cocaína se encontró el *miedo*, en los de marihuana *inseguridad*, en los poliusuarios considerarse *antisocial* (en el sentido de no gustarle la sociedad), mientras que en los no usuarios (como en los demás grupos) solo se presenta ser *tímido*. Además destaca en los usuarios de cocaína se presenta como indicador de riesgo ser *agresivo* y en los de marihuana *rebelde* (Tabla 21).

Cocaína

Todas las muestras consideraron que la cocaína tiene que ver con la *muerte*, la *destrucción*, que es *dañina* y un *vicio*. Sin embargo, como indicadores negativos de protección, destaca que los no consumidores la consideran una *enfermedad*, *perjudicial*, *peligrosa* y *no les guste*. Otros indicadores negativos de protección fueron considerarla *droga*, *mala* y *cara*, así como, relacionarla con la *soledad* (Tabla 22).

Entre los componentes subjetivos negativos de riesgo del consumo de cocaína aparecieron sentimientos de *ansiedad*, *tristeza* y *desesperación*, apareciendo también estados alterados como la *paranoia* o el *pánico*, estar implicado en *robar*, o en *ir a la cárcel*, vincularla con lo *negativo*, la *perdición*, la *depresión* y con sentimientos de *miedo* y de “*nervios*” (Tabla 22).

Tabla 22. Indicadores de riesgo y protección del consumo de COCAÍNA*

PALABRA ESTÍMULO COCAÍNA	
COMPONENTES SUBJETIVOS PROTECTORES DEL CONSUMO DE COCAÍNA	COMPONENTES SUBJETIVOS DE RIESGO DEL CONSUMO DE COCAÍNA
	POSITIVOS
	me gusta, es rica da placer da tranquilidad estar con amigos
	NEGATIVOS
enfermedad perjudicial peligrosa no me gusta	droga mala cara produce adicción te lleva a la soledad
	NEGATIVOS
	ansiedad tristeza depresión miedo nervios desesperación
	pánico paranoia perdición se puede ir a la cárcel gastar dinero sin dinero

* Se analizan solo usuarios de cocaína, de ambas drogas (marihuana y cocaína) y no usuarios.

Por su parte, entre los componentes subjetivos positivos de riesgo del consumo de cocaína se encuentra su *gusto* por la ésta, considerarla *rica* (relacionado con su sabor) y que les produzca *placer*, *tranquilidad* y ayude a estar con *amigos* (Tabla 22).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos son alentadores en diversos aspectos, sin embargo, antes de adentrarse en su análisis es pertinente hacer una reflexión acerca de la validez de los mismos, con el fin de establecer limitaciones sobre de su generalización y certidumbre.

Una limitación importante es haber elegido un diseño transversal, lo cual fue debido al alto costo que representaría un diseño de otra naturaleza, como sería uno de tipo longitudinal, lo cual conllevaría un seguimiento de cohortes a través de los años, ante lo cual se optó por la economía de un diseño transversal, de tipo *ex-post-facto* con muestras independientes que resulta conveniente en una primera aproximación.

Otra limitación es que las muestras obtenidas fueron de tipo no-probabilístico de tipo intencional, puesto que llevar a cabo un diseño probabilístico para la obtención de las muestras de consumidores de drogas hubiera sido una labor imposible, dada la dificultad de de contactar poblaciones de usuarios de sustancias, tanto por su limitado número, como debido a los tabúes y prejuicios asociados con esta problemática y sobre todo por lo amenazador que puede representar para los usuarios el acercarse a ellos en escenarios naturales para el estudio de su problemática, dada las condiciones de ilegalidad de relacionadas con el consumo, con riesgo también para los entrevistadores.

En el mejor de los casos, los resultados representan problemáticas de los consumidores de drogas adolescentes y adultos jóvenes urbanos del sexo masculino que solicitan tratamiento, quedando fuera situaciones que pudieran estar presentes en los usuarios de cocaína y/o marihuana que no solicitan tratamiento (por ejemplo: pueden presentar mayores elementos de funcionalidad en el medio social en el que se desenvuelven), así como individuos en otras etapas de la vida, rurales y las usuarias de drogas.

Asimismo, otras salvedades tienen que ver con las diferentes formas en que fueron aplicados los instrumentos a las muestras, pues mientras que a los no consumidores de drogas se les aplicaron en forma grupal y como poblaciones cautivas (escenarios escolares), los usuarios participaron con mayor nivel de consentimiento y respondieron la batería de manera individual.

Una vez establecidas estas limitaciones, se puede afirmar que en buena medida los resultados obtenidos aportan validez al constructo de psicopatogénesis de la teoría de la motivación de Maslow (1954/1970b), con lo cual proporcionan elementos suficientes para iniciar el desarrollo de una línea de investigación, dirigida tanto a operacionalizar estos planteamientos y demostrarlos por medio de modelos matemáticos, como a ponerlos en práctica, incorporándolos a los programas de tratamiento y prevención de problemas del consumo de drogas y trastornos relacionados.

En general se encuentra congruencia con los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas que han sido reportados por la literatura. En particular, se detectaron diferencias en el grado de satisfacción de un conjunto importante de necesidades deficitarias, así como en la dirección evaluativa de los significados psicológicos de conceptos clave entre las muestras de consumidores de drogas y de no usuarios de sustancias, encontrándose matices entre las necesidades de tratamiento y de prevención del consumo de marihuana, del de cocaína y del policonsumo de ambas sustancias. De tal manera, se consolida el postulado de psicopatogénesis de la teoría de la motivación de Maslow, puesto que los no usuarios de sustancias presentan en promedio satisfechas sus necesidades deficitarias y los consumidores de drogas las tienen solo medianamente satisfechas.

En forma práctica, se identifica la necesidad de intervenir, en los consumidores de drogas que solicitan tratamiento, los trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad) y los trastornos de conducta, además de incluir en la terapia, como estrategias de prevención de recaídas, módulos para el desarrollo de autoestima, autoeficacia y asertividad. Además, dado que se identificaron indicadores de riesgo y protección relativos a la dinámica microsocial de la familia y los amigos, se considera necesario elaborar estrategias para enfrentar los riesgos de las relaciones adversas, así como para desarrollar la protección de las relaciones satisfactorias.

Los resultados son alentadores, por lo que pudiera ser conveniente ampliar el espectro de la línea de investigación de estas variables a usuarios de otras drogas, como la heroína, metanfetamina, alcohol, tabaco, depresores de uso médico y solventes inhalables, con el fin de identificar sus características particulares con respecto a estas variables, así como explorar su asociación con otros grupos de la población, como las mujeres y los adultos maduros. Además, también puede resultar importante la extender esta línea de investigación a otros trastornos de la salud mental, como indican Díaz-Guerrero, Moreno-Cedillos y Rivera Aragón (2004).

Una utilidad inmediata de la identificación de los indicadores de riesgo y protección del consumo de drogas ha sido en el desarrollo de instrumentos que han conformado factores de riesgo y protección confiables y válidos que, en conjunto con los otros resultados, han sido útiles para respaldar el desarrollo de modelos predictivos y la puesta en marcha de programas de tratamiento y prevención de las problemáticas del consumo de drogas y sus trastornos relacionados.

Fase uno: Necesidades de Tratamiento

Con relación a las hipótesis de la Primera Fase, de las que se desprenden recomendaciones para el tratamiento del consumo de marihuana y/o cocaína se encontraron los siguientes resultados.

Grado de Satisfacción de Necesidades Deficitarias

No se rechaza la *hipótesis alterna (Ha) 1.1* que indica: *los grupos de consumidores de drogas presentarán menores medias del grado de satisfacción de las necesidades de deficiencia que los no usuarios, siendo diferentes algunas necesidades insatisfechas de los distintos grupos de consumidores.* puesto que se encontraron diferencias entre las medias del grado de satisfacción de 14 de las 16 necesidades de deficiencia exploradas, además de que la dirección de éstas correspondió, en todos los casos, a lo pronosticado, de acuerdo con los postulados de psicopatogénesis de los trastornos mentales derivados de la teoría de la motivación de Maslow (2001a), al presentarse las deficiencias de satisfacción entre los grupos de consumidores.

De esta forma cobra fuerza el posicionamiento teórico que plantea que el origen de los trastornos del consumo de drogas como la marihuana y la cocaína se debe a la insatisfacción de determinadas necesidades deficitarias y también se avanza en determinar las necesidades específicas cuya deficiencia se asocia con cada problemática.

Por otra parte, como fue pronosticado, también presentaron diferencias entre los grupos de consumidores, lo que parece indicar que la insatisfacción de distintas necesidades

conlleva padecimientos diferentes y se fortalece el planteamiento de que existen diferencias entre los grupos de consumidores de drogas (García-Aurrecochea, Gutiérrez, Casais y Castillo-Franco, 1998).

De esta manera, en el caso de los usuarios de cocaína se presentaron insatisfechas 11 de las 14 necesidades, mientras que entre los policonsumidores se detectaron insatisfechas diez de éstas y entre los usuarios de marihuana siete (Tabla 24).

Lo anterior hace ver que los consumidores de cocaína y los policonsumidores de ambas sustancias presentan mayores niveles de insatisfacción en sus de necesidades deficitarias, dado que las deficiencias aparecen en los cuatro niveles, desde las necesidades **fisiológicas**, con deficiencia de satisfacción de **salud**, frente a los otros grupos.

Tabla 24. Necesidades insatisfechas en los usuarios actuales de marihuana y/o cocaína

Nivel	Usa marihuana	Usa cocaína	Policonsumidor
Fisiológico		Salud	Salud
Seguridad	Tranquilidad Seguridad Emocional Justicia en la Familia	Tranquilidad Orden Seguridad Emocional Justicia en la Familia	Orden Seguridad Emocional Justicia en la Familia
Estima / Dominancia Social	Éxito	Reconocimiento Éxito Dinero	Reconocimiento Éxito Dinero
Afectivo	Amistad Respeto Cariño	Amistad Respeto Cariño	Amistad Respeto Cariño

Por lo cual, convendría considerar como una necesidad de tratamiento del consumo de drogas de estos usuarios (Marsden, Ogborne, Farrell y Rush, 2000) la atención a la salud y al cuidado personal, sobre todo entre los grupos de poliusuarios actuales de sustancias, siendo este grupo el más favorecido con las políticas de Salud Pública

inespecíficas que difunden la importancia de hábitos elementales de limpieza y salud, impartidos en Centros de Integración Juvenil en los niveles de atención de internamiento, en comunidad terapéutica (Díaz-Barriga y Riquelme, 2002) o el proyecto de centro de día (Castillo, 2004) y promovidas también en Oceánica (Vachez, 2004).

En el nivel de necesidades de **seguridad** se presentaron deficiencias en la satisfacción de **tranquilidad** en los usuarios de cocaína y de marihuana frente los no usuarios, inclusive, los policonsumidores y los consumidores de marihuana alcanzaron mejor grado de satisfacción de esta necesidad que los consumidores de cocaína. Por lo cual, podría considerarse que la tranquilidad es un elemento faltante en el mundo subjetivo de los consumidores de marihuana y/o cocaína, lo cual convendría analizar con mayor profundidad en la dinámica cultural de los usuarios de estas sustancias y en la medida de lo posible propiciarlo por medio de técnicas de intervención sistémica en el contexto familiar (Beavin y Jackson, 1986; Bertalanffy, 1973; Minuchin, 1977; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986; Canclini, 1990; Colleti y Linares, 1997; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980), como las aplicadas en CIJ (Díaz-Barriga y Riquelme, 2002) y en Monte Fénix (Sánchez, 2004), procurando incorporarla a las normas de relación familiar y darle un peso importante en la subjetividad de la persona, por medio de técnicas de terapia narrativa (Anderson, 1997; Linares, 1996) o apoyarse en las técnicas cognoscitivo conductuales (Bandura, 1969; 1997; Flores-Galaz y Díaz-Loving, 2002), para alcanzar este objetivo y analizar y trascender su relación con los estímulos ambientales, tal como se ha impulsado por la Universidad Nacional Autónoma de México (Oropeza, 2004) y se en CIJ (González, Contreras, García-Aurrecochea y Córdova, 2004; García Aurrecochea, Gracia y Jiménez-Silvestre, en preparación; NIDA, 1999).

Asimismo, el tema de la tranquilidad puede abordarse directamente con el apoyo de técnicas de relajamiento y de meditación, que son empleadas como talleres en el proyecto de **centro de día** de CIJ (Castillo, 2004). Aunque en este punto subsiste la una duda: ¿qué está ocupando el lugar de la tranquilidad en los grupos de consumidores de cocaína y/o marihuana?.

En las tres muestras de usuarios de drogas se presentaron menores niveles de satisfacción de **seguridad emocional**, por lo que debería considerarse la inseguridad emocional una característica importante para entender el mundo subjetivo de los monousuarios y poliusuarios de cocaína, por lo que es un tema importante de profundizar, con el objetivo de estabilizar el funcionamiento integral de la persona.

En los tres grupos de usuarios se manifiestan deficiencias de satisfacción de la necesidad de **justicia en la familia**, lo cual concuerda con Yeh et al. (1995) que reporta como factor de riesgo del consumo de drogas un bajo grado de satisfacción familiar.

Con respecto a esta problemática se destaca la utilidad de las intervenciones sistémicas en el análisis de la justicia en las interacciones familiares disfuncionales, sobre todo en la intervención en la estructuración, las jerarquías, triangulaciones y alianzas en la dinámica familiar (Díaz-Barriga y Riquelme, 2002).

Por otra parte, con respecto al nivel de necesidades de **Estima** se observa que los consumidores de cocaína y los poliusuarios presentan menor satisfacción de la necesidad de **reconocimiento**, siendo al parecer una necesidad latente en el mundo subjetivo de estos grupos de consumidores, que puede ser fértilmente encausada en el tratamiento, congruente con los aspectos destacados sobre la deficiencia de satisfacción de las necesidades de tranquilidad y de justicia en la familia.

Vinculada con esta deficiencia, se destaca también una deficiencia de la satisfacción de la necesidad de **éxito** en los tres grupos de consumidores frente a los no usuarios, lo cual puede relacionarse con el llamado **complejo de Jonás** planteado por Maslow (1990a), en donde se manifiesta el temor del individuo a sus posibilidades más elevadas, ante lo cual es posible considerar la posibilidad de ausencia de un repertorio de conductas que conduzcan al éxito, debido a la falta de modelos exitosos de los padres o hermanos mayores, ya sea por su ausencia o por ser disfuncionales (Brook, Brook, De La Rosa, Whiteman, Johnson y Montoya, 2001; Friedemann y Musgrove, 1994; González, García-Aurrecochea y Córdova, 2004; Hoffman y Su, 1998).

Decidir no exponerse ante el éxito, desde una perspectiva conductual significaría no haber aprendido a actuar exitosamente, pero también, desde la teoría de la motivación de Maslow, podría haber ocurrido por no haber sido reconocido el éxito en el contexto familiar, dado la característica de que la satisfacción de esta necesidad es provista por los otros.

Estos hallazgos son acordes con el concepto de *autoeficacia* de la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1963), por lo que pueden ser aplicables en este contexto (dando versatilidad a las terapias cognoscitivo-conductuales de las adicciones), pudiéndose incorporar como **necesidades de tratamiento** (Marsden et al., 2000) la satisfacción del éxito escolar y laboral de los pacientes –de acuerdo con la etapa de la vida que cursan– lo cual es acorde con los objetivos del proyecto del Centro de día de CIJ (Castillo, 2004), que impulsa la incorporación escolar y laboral de los pacientes como objetivos terapéuticos y no solamente de rehabilitación.

Asimismo los enfoques sistémicos de tratamiento familiar pueden beneficiar a las familias en tratamiento al identificar metalenguajes que cognitivamente sostengan el complejo Jonás (Maslow, 1990a) entre algunos de sus miembros.

Para finalizar este bloque, una falta de satisfacción de la necesidad de **dinero** ocurre en todos los grupos, incluyendo a los no consumidores, pero es más evidente entre los consumidores de cocaína y los policonsumidores, que presentan diferencias estadísticas con estos últimos, lo cual puede estar vinculado con lo caro que resulta mantener el consumo de cocaína.

En el último nivel de deficiencia, se encontraron diferencias en el grado de satisfacción de todas las necesidades afectivas exploradas, sobre todo en lo que respecta a la **amistad**, el **respeto** y el **cariño**, presentando mayor insatisfacción los tres grupos de consumidores en comparación con los no usuarios de drogas, quienes las reportaron relativamente satisfechas, habiendo también deficiencia en la necesidad de **amor**, mayormente satisfecha entre los no consumidores. En lo planteado por Maslow (1990b) como el **amor del ser**, en donde se destaca el concepto de sinergia, el cual puede encausarse en el tratamiento de las adicciones.

Al ser tener que ser satisfechas estas necesidades por otras personas, distintas de los propios consumidores, las necesidades afectivas se convierten en focos muy valiosos en intervenciones familiar sistémicas si se convierten en valores a desarrollar y se elaboran formas para lograr su satisfacción. Necesidades, que por otra parte han sido demostradas como cardinales en la cultura mexicana (Díaz-Guerrero et al., 2000b) y de las cuales no se encontró en la literatura que estuviesen reportadas asociadas al consumo de las sustancias en estudio.

Significados Psicológicos

Con respecto a los Índices de Dominancia Evaluativa (*IDE*) de los significados psicológicos estudiados, no se rechaza la **Ha 1.2** que indica que *habrá diferencias entre las medias de los grupos entre los Índices de Dominancia Evaluativa (IDE) de los significados psicológicos de la familia, los amigos, el yo, la cocaína y la marihuana. El grupo de no consumidores de drogas obtendrá un mayor IDE en los significados psicológicos la familia, los amigos y el yo, pudiéndose presentar diferencias entre los grupos de consumidores. Los consumidores de marihuana y/o cocaína obtendrán un IDE más positivo en los significados psicológicos de la marihuana y la cocaína y en particular se obtendrá un IDE más positivo de hacia la marihuana entre los consumidores de marihuana y un IDE más positivo o neutro hacia la cocaína entre los consumidores de cocaína.*

Esta compleja hipótesis pronosticó correctamente la dirección de las cinco variables de manera correcta en las comparaciones entre las muestras, incluyendo algunas de las diferencias entre las muestras de consumidores, como se expone a continuación en el siguiente orden: familia, amigos, yo, cocaína y marihuana. Con lo cual se comprueba que las asociaciones verbales revelan diaposiciones psicológicas relacionadas con el uso de drogas, tal como lo planteara por Szalay, Inn, Strohl, y Wilson (1993).

En términos generales los resultados parecen apegarse al postulado de psicopatogénesis de la teoría de la motivación de Maslow (1954/1970b). Asimismo, es relevante la confiabilidad de los Índices de Dominancia Evaluativa de la *familia*, los *amigos* y el *yo* en conjunto, con lo cual pareciera otorgarse consistencia a este conjunto de mediciones como un posible constructo multifactorial.

En segundo lugar, se obtiene validez conceptual, al observarse que los grupos de consumidores presentan menores evaluaciones de la familia, los amigos y el autoconcepto, manifiesto en la presencia de menores promedios en los Índices de Dominancia Evaluativa (*IDE*), siendo lo contrario en los grupos de usuarios con respecto a las drogas que consumen, en donde mostraron mayores niveles evaluativos.

Llama la atención sobre las medidas de tendencia central, como se observa que la Desviación Estándar de los *IDE* de todos los grupos resulta muy amplia para los cinco conceptos (siendo un poco más pequeña para los no consumidores), lo cual muestra lo polarizado que se pueden encontrar los conceptos estudiados para todos los grupos y también que entre los no usuarios la polarización es menor. Lo cual es importante de considerar, dado que se resta precisión a la medición de las variables, por lo que se recomendaría una exploración más a fondo de los indicadores identificados, transformándolos en variables escalares.

En la palabra estímulo **familia** las diferencias se presentaron entre las muestras de consumidores de cocaína y los policonsumidores frente a los no usuarios de drogas, con una evaluación menor entre los primeros. A la vez que la muestra de usuarios de marihuana no presenta diferencias ni con las otras muestras de consumidores ni con los no usuarios de drogas, lo cual trasluce una menor presencia de factores de riesgo relacionado con una mayor presencia de factores de protección.

Por el contrario a lo ocurrido con la familia, a la palabra estímulo **amigos** los tres grupos de consumidores de sustancias la asociaron con el consumo de drogas, lo cual ratifica la identificación del uso de drogas entre el grupo de pares y amigos como factor de

riesgo del consumo (Medina-Mora et al., 2003; Munist et al., 1998; Rodríguez-Kuri et al., 1999).

Llama la atención que los usuarios de marihuana y los no consumidores de drogas no se diferencian en el *IDE* de los amigos, pero ambos se diferencian de los consumidores de cocaína y policonsumidores, quienes presentan *IDE* alrededor de lo neutro, en lo que parece una mayor presencia de indicadores de riesgo, asociado a una menor presencia de indicadores de protección.

Con respecto a la palabra **yo**, los no consumidores presentaron un concepto de **sí mismos** notoriamente mayor que los tres grupos de consumidores, con un *IDE* de 65. Entre los grupos de usuarios, es notable como los policonsumidores presentan un *IDE* muy bajo, cercano a cero, el cual se alcanza a diferenciar del *IDE* de 37 de los usuarios de marihuana.

En este sentido, en términos generales para el tratamiento de los bajos niveles evaluativos personales sería recomendable la aplicación de técnicas que ayuden a mejorar la autoestima como pueden ser la terapia narrativa que se avoca a la construcción y reconstrucción del argumento autobiográfico (Linares 1996; Linares y Campo, 2000) y también las técnicas del desarrollo de la asertividad propuesta por Flores-Galaz y Díaz-Loving (2002), las cuales son acordes con las terapias cognoscitivo-conductuales (NIDA, 1999; Oropeza, 2004), que propician el desarrollo de la autoestima como resultado de la autoeficacia (Bandura, 1999), siendo compatibles y complementarios con el tratamiento cognoscitivo de la depresión en los aspectos relacionados con la autoestima (Beck et al., 1983).

Con respecto los *IDE* de la **palabra estímulo cocaína**, destaca que para todos las muestras fueron negativos, lo que muestra una percepción negativa generalizada de la sustancia, pero ésta resulta menos negativa entre los policonsumidores que entre los no usuarios, lo que permite calificarlos como más temerarios en su mundo subjetivo.

Con respecto a la palabra estímulo **marihuana**, la presencia de *IDE* negativos entre los no consumidores y consumidores de cocaína frente a los *IDE* neutros de los usuarios de marihuana y los policonsumidores, indica la presencia de mayores proporciones de asociaciones positivas en el mundo subjetivo de los mono y policonsumidores de marihuana hacia esta palabra estímulo.

Filosofía de Vida

Con respecto a las escalas de Filosofía de Vida, los resultados conducen a no rechazar la hipótesis nula que indica que No se presentarán diferencias entre las medias de las escalas de filosofía de vida entre las muestras, puesto que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos en las Subescalas Factoriales de Filosofía de Vida, lo cual, no obstante, no es concluyente, dado que se obtuvieron bajos niveles de confiabilidad en las subescalas, probablemente debido a que las opciones de respuesta son dicotómicas.

Fase dos: Necesidades de prevención

Con respecto a la **Segunda Fase**, correspondiente a los análisis predictivos, en vista de que la dimensión que está en juego es la prevención del consumo de drogas entre los adolescentes y adultos jóvenes varones urbanos, las dos preguntas iniciales que orientaron la discusión de los datos fueron: ¿Cómo intervenir para evitar la deficiencia de satisfacción de las necesidades involucradas? y ¿Cómo intervenir para modificar la dirección de los *IDE* involucrados?.

La respuesta a la primera pregunta permitiría –de acuerdo con la teoría de Maslow– la elaboración de estrategias para avanzar en el nivel de desarrollo humano de una varianza, aunque minoritaria, importante de la juventud urbana mexicana.

La respuesta a la segunda pregunta se dirige al análisis de la información cognoscitiva y relacional relacionada, de acuerdo con la dirección de los componentes subjetivos involucrados.

Con respecto a las hipótesis planteadas, no se rechazan las *hipótesis alternas (Ha) 2.1* y *3.1* que indican respectivamente que *un mayor grado de satisfacción de las necesidades de deficiencia protege del consumo actual de marihuana* y que *la dirección de los Índices de Dominancia Evaluativa (IDE) de los significados psicológicos de la familia, los amigos, el yo, la cocaína y la marihuana predice el consumo actual de marihuana. Un menor IDE sobre la familia, los amigos y el yo y un mayor IDE sobre la marihuana predicen el consumo actual de marihuana.*

De manera similar, no se rechazan las *hipótesis alternas (Ha) 2.2* y *3.2* que indican respectivamente que *un mayor grado de satisfacción de las necesidades de deficiencia protege del consumo actual de cocaína* y que *la dirección de los Índices de*

Dominancia Evaluativa (IDE) de los significados psicológicos de la familia, los amigos, el yo, la cocaína y la marihuana predice el consumo actual de marihuana. Un menor IDE sobre la familia, los amigos y el yo y un mayor IDE sobre la cocaína predicen el consumo actual de cocaína.

Tampoco se rechazan las *hipótesis alternas (Ha) 2.3 y 3.3* que indican respectivamente que *un mayor grado de satisfacción de las necesidades de deficiencia protege del consumo actual de marihuana y cocaína y que la dirección de los IDE sobre los significados psicológicos del yo, la familia, los amigos, la marihuana y la cocaína predice el consumo actual de marihuana y cocaína. Un menor IDE sobre el yo, la familia y los amigos y un IDE mayor o neutro sobre la cocaína y un IDE mayor sobre la marihuana predicen el consumo actual de marihuana y cocaína.*

Asimismo, tampoco se rechazan las *hipótesis alternas (Ha) 2.4 y 3.4* que indican respectivamente:

- 1) *el grado de satisfacción de algunas necesidades de deficiencia predice la clasificación estadística de los grupos de a) usuarios actuales de marihuana, b) usuarios actuales de cocaína, c) usuarios actuales de ambas sustancias y d) no consumidores de drogas. Una insatisfacción de necesidades deficitarias predice la clasificación de los grupos de consumidores de drogas, pero serán diferentes algunas de las necesidades insatisfechas entre los diferentes grupos de consumidores y*
- 2) *La dirección de algunos IDE sobre los significados psicológicos la familia, los amigos, el yo, la cocaína y la marihuana predice la clasificación de los grupos de a) usuarios actuales de marihuana, b) usuarios actuales de*

cocaína, c) usuarios actuales de ambas sustancias y d) no consumidores de drogas. Menores IDE sobre la familia, los amigos y el yo, así como, mayores IDE sobre la cocaína y la marihuana clasificarán a los grupos de consumidores de drogas, con algunas diferencias entre IDE de los propios grupos de consumidores, como es el caso de que un mayor IDE sobre la marihuana clasificará mejor a los usuarios actuales de marihuana y un mayor IDE (o tendiente a neutro) sobre la cocaína clasificará mejor a los consumidores actuales de cocaína.

Lo cual se debe a que la dirección de algunos Índices de Dominancia Evaluativa (*IDE*) de los significados psicológicos explorados (diferentes para cada caso) pudieron predecir el consumo actual de marihuana, el de cocaína y el de ambas sustancias, coincidiendo la dirección pronosticada de las variables para los casos indicados y respondiendo al análisis de los componentes subjetivos de protección y de riesgo antes mencionados.

Por otra parte, no se rechazan las hipótesis nulas (H_n) **4.1** y **4.2** que indican respectivamente:

- 1) La dirección de las Subescalas de Filosofía de Vida no predice el consumo actual de marihuana, de cocaína y de ambas drogas.
- 2) La dirección de las Subescalas de Filosofía de Vida no predice la clasificación de los grupos de a) usuarios actuales de marihuana, b) usuarios actuales de cocaína, c) usuarios actuales de ambas sustancias y d) no consumidores de drogas.

Lo cual es debido a que no se pudieron elaborar modelos predictivos al no encontrarse diferencias entre las medias de las escalas de Filosofía de Vida exploradas entre las muestras estudiadas.

Con base en los resultados de los análisis predictivos y en particular con respecto a la **prevención del consumo de marihuana**, resultaría importante considerar los siguientes factores de protección:

- satisfacción de la necesidad de respeto,
- un concepto negativo de la marihuana

Por lo que se consideraría de utilidad desarrollar estrategias preventivas que destaquen la importancia de la satisfacción de la necesidad de respeto, al tiempo que se reafirma la importancia de encarar la responsabilidad de los trabajadores de la salud de priorizar la difusión de información que prevenga los daños producidos.

Con respecto a la **prevención del consumo de cocaína**, se presenta una mayor cantidad de variables, que parecen funcionar mejor como factores protectores, los cuales son los siguientes:

- Satisfacción de la tranquilidad
- Satisfacción de la justicia en la familia
- Concepto positivo de los amigos
- Concepto negativo de la cocaína

De tal manera, se consideraría de utilidad desarrollar estrategias preventivas que destaquen la importancia de la satisfacción de las necesidades de tranquilidad y justicia en la familia para prevenir el consumo de cocaína.

Por lo que respecta al concepto negativo de la cocaína como factor protector de su consumo, se respalda la utilidad de dar a conocer los efectos adversos producidos por el consumo de esta sustancia como forma de prevenir su consumo.

Con respecto a la **prevención del policonsumo** de marihuana y cocaína, se destacan algunos aspectos coincidentes con los desarrollados anteriormente, pero nuevamente aparecieron también como un grupo de consumidores diferenciado de los anteriores en los dos tipos de análisis predictivos llevados a cabo. Entre los factores protectores asociados se encontraron:

- Satisfacción de la salud
- Concepto positivo de sí mismo
- Concepto positivo de los amigos
- Concepto negativo de la mariguana

De tal manera resulta conveniente la utilización de estrategias preventivas que estimulen el cuidado de la salud, dado que se encuentra asociado, como un factor protector del consumo indiscriminado de estas drogas, aunque dado el diseño transversal del estudio, este resultado puede también interpretarse por la salud mermada por el abuso de drogas.

Por su parte, aparece también relacionado como factor protector tener un adecuado auto concepto, por lo que se destaca la importancia de desarrollar estrategias preventivas que destaquen la importancia de la autoestima, como factor protector del consumo de drogas y también se podría considerar la aplicación de la alternativa propuesta por Flores-Galaz y Díaz-Loving (2002) para el desarrollo de la la asertividad.

Con respecto al análisis discriminante confirmatorio de cuatro grupos realizado, se destaca como el grado de satisfacción de determinadas necesidades y la dirección de la mayor parte de los *IDE* de los significados psicológicos estudiados pudieron predecir la clasificación correcta de los grupos de consumidores de marihuana, de cocaína, de los policonsumidores y de los no usuarios de drogas en forma consistente con las regresiones logísticas realizadas, dado que se incorporaron el mismo grupo de variables, que además discriminaron adecuadamente a cada uno de los grupos, lo que demuestra que la problemática de cada tipo de consumidor es diferente:

- *IDE* de la marihuana
- *IDE* de los amigos
- Satisfacción de la necesidad de tranquilidad
- *IDE* del yo
- *IDE* de la cocaína

Así se identifica de nuevo la tendencia a valorar más positivamente tanto la **marihuana** como la **cocaína** por los usuarios de estas sustancias (hay que recordar que los usuarios de cocaína tienen un concepto negativo de la marihuana) y a tener una relación compleja de sobreimplicación con los **amigos**, con deficiencia de **respeto** y de límites entre ellos (más grave en usuarios de cocaína), así como problemas de **autoestima** (más grave entre los poliusuarios), debido tanto por exceso de componentes subjetivos de riesgo negativos tales como concepciones auto denigrantes, estados de confusión, estados emocionales negativos y carencia de determinados componentes subjetivos positivos protectores, entre los que se encuentra la propia **tranquilidad** y el **respeto**, lo que al parecer es incompatible con la sensación

de satisfacción de la necesidad de **tranquilidad**, con la salvedad de que entre los poliusuarios la asociación de la tranquilidad con los amigos se comportó como un componente subjetivo positivo de riesgo del policonsumo.

Fase 3: Indicadores de Riesgo y Protección

Uno de los hallazgos relevantes es que, entre los indicadores protectores asociados con la **familia**, los **amigos** y el **yo** se identifica la satisfacción de necesidades deficitarias, las cuales parecieran adecuarse a los cuatro primeros niveles de la pirámide de Maslow (1954/1970a): Fisiológicas, de Seguridad, de Estima y Afectivas. Asimismo, también como protección, se identifica la presencia de sentimientos y actividades placenteras asociados con la satisfacción de estas necesidades, los cuales se relacionan con la activación del circuito de recompensa (Guisa, et al., 2001; Ramos y Fernández, 2000) al que se referirá en adelante.

Por otra parte, entre los componentes subjetivos se identifican indicadores de riesgo del consumo de drogas, se encuentran variables psicosociales adversas a la satisfacción de las necesidades identificadas entre los componentes subjetivos protectores, por lo que se considera, desde la teoría de la motivación de Maslow, como indicadores de motivación del consumo.

Siendo lo contrario con respecto a los significados psicológicos de las drogas, en donde se encuentran como indicadores motivacionales de riesgo de su consumo, algunas sensaciones que reflejan la activación del circuito de recompensa y la presencia de trastornos emocionales y conflictos familiares.

Entre los componentes subjetivos positivos de la **familia** presentes en todos los grupos (se considera) que se encontraron presentes las relacionadas con necesidades de **Seguridad**: *unión, apoyo*; la necesidad de **Estima**: *comprensión* y la necesidad **Afectiva**: *amor*.

Como los **indicadores de protección positivos** más poderosos de la familia se identificó la posible satisfacción de dos necesidades, una de **Seguridad**: *honestidad* y otra **Afectiva**: *amistad*, lo cual es afín con la idea de que los lazos fuertes en la familia constituyen factores protectores del consumo de drogas (Munist et al., 1998; Hawkins et al., 1992). Se presentaron también como indicadores de protección positivos sentimientos que muestran la **activación del circuito de recompensa**: *alegría* y *felicidad*.

Por otra parte, se identificó un **indicador psicosocial protector negativo**: el *regaño*, lo cual es congruente con reportes que vinculan al establecimiento de límites en la familia como factor protector del uso de drogas, así como las normas familiares inconsistentes como factor de riesgo (Hawkins et al., 1992; Abdelraham et al., 1998; Barnes et al., 1992; 1998; Baumirind, 1991; Maltzman, 1991; Mckay et al., 1991; Pérez y Mejía, 1998; Schellenbach et al., 1987; Shucksmith et al., 1997; Stewart, 2002; Stoker et al., 1990), lo que curiosamente coincide con la sabiduría popular que dice: *...si te regañan es porque te quieren*.

Estos resultados son consistentes con los reportados anteriormente (Andrade-Palos, 1994); Camacho y Andrade-Palos, 1992; Castillo-León, 1994; Díaz-Guerrero y Szalay, 1993 y; Mora-Ríos, González-Forteza, Jiménez-Tapia y Andrade-Palos, 1999 y; Mora-Ríos, González-Forteza, Vauguier y Jiménez, 1994), pero además en este estudio se

identifica al **regañó** entre las asociaciones relevantes, lo cual fue posible de realizar debido a que se analizaron por separado las Puntuaciones de Predominio de los Componentes Subjetivos Negativos identificados durante el proceso de obtención del Índice de Dominancia Evaluativa.

Otros **indicadores psicosociales de protección** asociados con la familia fueron la presunta satisfacción de necesidades de **Seguridad**: *trabajo, responsabilidad, convivencia y sinceridad*; la necesidad de **Estima**: *educación* y la necesidad **Afectiva**: *respeto*, las cuales fueron anteriormente reportados por Díaz-Guerrero, et al. (1995) como relevantes en nuestra cultura, asimismo, la satisfacción de la necesidad de *respeto* fue identificada en estudios previos como factor protector del uso de marihuana (García Aurrecochea y Gracia, 2004; García-Aurrecochea, Díaz-Guerrero y Medina-Mora, en prensa).

Entre los **indicadores psicosociales de riesgo**, asociados con variables familiares y motivación del consumo de drogas se encontraron solamente componentes subjetivos negativos, los cuales resultan incompatibles con los indicadores de protección anteriormente indicados, entre los cuales se destaca peso la presencia de *hipocresía*, incompatible con la satisfacción de necesidades de *honestidad, sinceridad, comprensión y respeto* (entre otras), por lo cual, se dificulta la satisfacción de necesidades de deficiencia de **Seguridad, Estima y Afectivas**.

Por tipo de consumidores sobresale la presencia de *agresión* en la familia como motivación (o riesgo) del uso de **cocaína**, lo cual es acorde con los reportes que han identificado como factor de riesgo a la violencia doméstica (Chermack et al., 2001; Silber et al., 1993) y al conflicto familiar (Barrera et al., 1998; Barrera et al., 2001; Brody

y Forehand, 1993; Chassin, 1984; Duncan, 1983; Farrell y White, 1998; Hawkins et al., 1992; Reilly, 1983; Rodríguez-Kuri et al., 2004; Schellenbach y Guerney, 1987; Wills et al., 2001). Esto último puede estar vinculado con un menor número de asociaciones relacionadas con la familia, a diferencia de los otros grupos de consumidores.

A diferencia de otros estudios, estos datos identifican la agresividad entre el grupo de usuarios de estimulantes y no en los de marihuana o poliusuarios, por lo que se impulsa la hipótesis de que el consumo de cocaína se encuentra precedido de violencia intrafamiliar.

Lo anterior presenta congruencia teórica con la identificación como factor de protección la satisfacción de la necesidad de **Seguridad: tranquilidad** entre usuarios de cocaína reportado anteriormente, dado que la agresividad es incompatible con la tranquilidad.

Como indicadores psicosociales de motivación del policonsumo de **marihuana y cocaína** aparece en la familia la *falta de atención* y las discusiones, lo cual es acorde con los reportes que indican que la falta de cohesión, de relaciones cercanas y de confianza entre padres e hijos como factores de riesgo del consumo de drogas (Bogenschneider et al., 1998; Challier et al., 2000; Hawkins et al., 1992; Hoffmann, 1995; McBroom, 1994; Machamer y Gruber, 1998).

Esto es importante, pues es conocido que la falta de atención en la familia puede ser el origen de problemas de salud y de una baja percepción de riesgo entre los hijos, lo cual es consistente con reportes anteriores que indican que la satisfacción de la necesidad **Fisiológica: salud** y la necesidad **Afectiva: cariño** conforman factores de protección del policonsumo de drogas (García Aurrecochea y Gracia, 2004).

Estos resultados son congruentes con Szalay, Bovasso, Vilov y Williams (1992), que encontraron en usuarios de cocaína la asociación del concepto familia con una intensa preocupación y anhelo por el amor y la atención. Además, entre los usuarios de cocaína y los poliusuarios de encontró la asociación con **desunión**, a diferencia, los usuarios de marihuana asociaron a su familia con **desintegración** y también con **miedo**.

Por lo cual, el enfrentamiento de estas situaciones adversas (la agresión, las discusiones y la falta de atención) en la familia pudieran **incorporarse como necesidades de tratamiento** (Marsden et al., 2000) de estos grupos de consumidores, las cuales pudieran ser intervenidas en terapia familiar y también desde un punto de vista individual, por medio de la aplicación de técnicas de entrenamiento asertivo como las propuestas por Flores-Galaz y Díaz-Loving (2002), que tienen la peculiaridad de haberse adecuado a la cultura mexicana. Asimismo sería importante estudiar más detenidamente la presencia de agresión directa o encubierta (*hipocresía*) en el núcleo familiar entre los grupos de consumidores de sustancias.

Como indicadores psicosociales de motivación del consumo de **marihuana** asociados con la familia, se encuentra la *desintegración* y el sentimiento de *miedo*, que muestran congruencia con la satisfacción de la necesidad de **Estima: éxito** y de la necesidad **Afectiva: respeto** como factores protectores (García-Aurrecoechea y Gracia, 2004), puesto que una familia en estas condiciones no es exitosa y al estar desintegrada no hay condiciones para preservar el respeto.

Lo anterior es congruente con reportes que señalan a la unión padre hijo como factor de protección (Brook, Brook, De la Rosa, Whiteman, Johnson y Montoya, 2000), que focaliza un tipo de integración y de estructura protectora del consumo.

Finalmente, la ausencia de la asociación del consumo de drogas entre las Puntuaciones de Predominio de los Componentes Subjetivos Negativos de la palabra estímulo familia, señalada por la literatura como un factor de riesgo importante (Hawkins et al., 1992; Medina-Mora et al., 2003; Munist et al., 1998; Rodríguez-Kuri, 2004), pudiera ser explicada por las características de las muestras de consumidores, puesto que se conformaron con solicitantes de tratamiento, los cuales muchos (cerca de la mitad), acudieron acompañados por sus familiares, por lo que podría suponerse mayor grado de cohesión y de estructura en las muestras de usuarios estudiados que entre los consumidores que no acuden a tratamiento.

Como un efecto de la familia de los poliusuarios y los usuarios de marihuana, pareciera una mayor vinculación con los **amigos**, presente en un mayor número de asociaciones vinculadas con ellos, a diferencia de los usuarios de cocaína (p. 117), lo cual se aprecia, también, en la baja evaluación que tienen de ellos (Tabla 15).

Este mayor acercamiento produce situaciones positivas, pero de riesgo, entre los amigos, las cuales, en el caso de los adolescentes, no se espera que sean tutoradas por parte de una familia desinteresada (*no me hace caso*) o con ausencia de roles estructurantes, debido a su proceso de *desintegración*, (Tabla 9).

Esta ausencia de límites ha sido reportada previamente como factor de riesgo (Medina-Mora et al., 2003; Munist et al., 1998), lo cual, en el caso de los consumidores de marihuana puede estar representado por la *rebeldía* (Tabla 16) que subyace las rupturas generacionales, las cuales se tienden a trascender por medio de la autoconsciencia grupal, lo que pudiera convertirse en un objetivo de prevención en estos grupos en riesgo (vulnerables).

Entre los componentes subjetivos positivos de los amigos presentes en todos los grupos, se encontraron variables psicosociales relacionadas con necesidades de **Seguridad**: *sinceridad, ayuda y apoyo* y; una **Afectiva**: la propia *amistad*.

También todos los grupos manifestaron indicadores que reflejan sentimientos y acciones sociales relacionadas con la **activación del circuito de recompensa**: *alegría, juego y diversión* (recuérdese que en México los juegos de azar con apuesta están prohibidos).

Como indicadores de protección se encontraron necesidades psicosociales de **Seguridad**: *unión, confianza y convivencia*; de **Estima/Reconocimiento social**: *comprensión y estudio*; **Afectivas**: *amabilidad, respeto y cariño*. Lo cual es acorde con lo reportado por Díaz-Guerrero y Szalay (1993) para esta nuestra cultura.

Entre los **indicadores psicosociales de riesgo**, asociados con los amigos y motivación del consumo de drogas, se encontraron algunos componentes subjetivos positivos. Entre ellos, aparecen las *pláticas*, el *cotorreo*, la *fiesta* y el *relajo*, siendo actividades que pueden relacionarse con la activación del **circuito de recompensa**, aunque también con el **consumo de drogas** (Medina-Mora et al., 2003; Munist et al., 1998) y presentan similitud con la *diversión, juego y alegría* indicadas anteriormente.

Como indicador positivo de riesgo del policonsumidores se encuentra la asociación con el *trabajo*, lo que coincide con los reportes de mayor consumo entre menores trabajadores (Medina-Mora et al., 1999; Medina-Mora et al., 2003), también que sean *muchos* y que satisfacen la necesidad de **Seguridad**: *tranquilidad*, lo que deriva, posiblemente, de pasar mucho tiempo con ellos, compensando la *pasividad* en el núcleo familiar referido para este grupo, lo cual convendría indagarse más a fondo.

Un indicador positivo de riesgo entre los grupos de monousuarios (cocaína o marihuana) es considerar a los amigos como *hermandad*, satisfaciendo, tal vez, necesidades que los lazos familiares no son capaces de lograr, por ser *agresivas* (*hipócritas* o violentas) o estar fragmentadas (*desintegradas*).

Sobre lo anterior, se consideraría útil, para el tratamiento de este tipo de usuarios, intervenir asertivamente la agresividad encubierta, factible de enfrentar y además, de reestructurar, por medio de la aplicación de técnicas asertivas desarrolladas a partir de las propuestas por Flores-Galaz y Díaz-Loving (2002), lo cual sería con el fin de lograr que el medio microsocial fuera satisfactorio.

Otros indicadores positivos que representan riesgo para el uso de marihuana son *salidas, paseos y viajes*, actividades acordes con lo reportado por Gracia et al. (2002) como un factor de riesgo individual para los usuarios de esta sustancia la necesidad **Fisiológica: búsqueda de sensaciones**. Como indicadores de riesgo de tipo negativo se encuentra considerar que los amigos "*no existen*", lo cual muestra crudamente un **esquema mental** que disminuye la capacidad satisfactora de este medio microsocial.

Como **indicadores de riesgo** del uso de cocaína y del policonsumo se encuentra considerar a los amigos *hipócritas* o *convenencieros*, lo cual refiere un tipo de agresividad y violencia encubierta al interior de estos grupos microsociales, afín con la referida para el núcleo familiar de los usuarios de cocaína y acorde también con la pertenencia a redes sociales disfuncionales (Rodríguez-Kuri et al., 1999), relacionado también con lo caro que resulta mantener el consumo del alcaloide.

Entre **indicadores de riesgo negativos** del uso de marihuana se encuentra considerar a los amigos *traidores*, lo cual pudiera también reflejar lo frágil que puede ser una

expectativa de *hermandad*, proveniente de deficiencias de satisfacción de una estructura familiar *desintegrada*.

Entre los indicadores positivos relacionados con el **autoconcepto**, en todos los grupos, se encontraron variables psicosociales relacionadas con una presunta satisfacción de necesidades de **Seguridad**: *bondad y trabajar*, de la necesidad de **Estima**: *estudiar* y; de la necesidad **Afectiva**: *amistad*.

También, todos los grupos destacaron la *alegría* entre sus componentes subjetivos positivos, mostrando **sentimientos de satisfacción** consigo mismos y la manifestación de cierta activación del **circuito de recompensa** asociado con su persona.

Como **indicadores positivos de protección** del consumo de drogas, para los tres tipos de consumo de drogas, aparece la posible satisfacción de la necesidad de **Seguridad**: *libertad* y de la necesidad **Afectiva**: *respeto*, presente también como indicador de protección tanto en la **familia**, como con los **amigos**, aparece ahora interiorizada como indicador **individual** de protección.

La necesidad del sentimiento de *libertad*, ha sido reportado con anterioridad por Díaz-Guerrero y Díaz-Loving (2001) como importante para la cultura mexicana, se confirma ahora como componente subjetivo protector, por lo que merecería ser estudiado más a fondo en relación con la autoestima positiva y tal vez también como necesidad y su grado de satisfacción en nuestra cultura, dado que puede ser que se encuentre vinculada con la experiencia del sentimiento de satisfacción descrito por Maslow (1954/1970a) y relacionado también posiblemente con la activación del circuito de recompensa (Volkow, Fowler, Hitzemann y Wang, 1996), como parece ser el caso de estas tres experiencias placenteras asociadas consigo mismos por los no consumidores

de drogas, lo cual pudiera explicar finalmente porque no tengan necesidad de consumirlas. Siendo también estos resultados acordes con lo reportado por Díaz-Guerrero y Szalay (1993) y por Díaz-Guerrero y Díaz-Loving (2001) para nuestra cultura.

Otros **indicadores de protección positivos** son la satisfacción de necesidades de **Seguridad**: *tranquilidad, sinceridad, responsabilidad y ayudar*, de la necesidad de **Estima**: *inteligencia* y; de las necesidades **Afectivas**: *amor y amabilidad*. Asimismo, como indicadores de protección positivos se encuentran las actividades lúdicas de *cantar, bailar y jugar*, relacionadas, seguramente, con la **activación del circuito de recompensa**.

En contraparte, como **indicadores de riesgo** de motivación del consumo, sobresalen los **de tipo negativo**, entre los que se encuentra el propio *consumo de drogas*, inclusive definirse como *drogadictos*. Otros indicadores de riesgo negativos son: a) *alejarse y la soledad*; b) sentimientos de *tristeza, inseguridad, miedo y depresión*; c) estados mentales de *confusión*; d) *rebeldía, insatisfacción*; e) *agresividad, antisocial, problemas*.

A diferencia de los otros grupos, el **poliusuario** se caracterizó por asociarse con una variada cantidad de conceptos auto denigratorios, (*tarado, idiota, cochino, rata, flojo, no valgo, no merezco*) los cuales pueden asociarse con estados depresivos (de acuerdo con planteamientos cognoscitivos) y que pudieran haber sido interiorizados a partir de la *falta de atención* en la familia.

Por su parte, el monousuario de **cocaína** parece concebirse particularmente *agresivo*, lo que pudiera focalizar en este grupo de usuarios de estimulantes los problemas de

conducta; adicionalmente, como un **indicador de riesgo positivo**, se consideran *fuertes*, lo que podría ser una condición necesaria para ser agresivos, aunque también se asocian con *insatisfacción* y con *miedo*, este último debido, probablemente, a la convivencia con una familia *agresiva*.

A diferencia, el monousuario de **marihuana** se significa como *rebelde*, lo cual aparece congruente en el contexto de una familia *desintegrada*.

Es pertinente mencionar que en general estos resultados son congruentes con lo reportado por Szalay, Vilov y Strohl (1992), aunque se presentaron diferencias, entre las que destaca el componente subjetivo de **libertad** asociado con la palabra yo, pues estos autores lo encontraron como componente de riesgo asociado al consumo, mientras que en este estudio aparece como un componente protector de las tres modalidades de consumo de drogas estudiadas, lo que posiblemente responda a factores culturales y sería conveniente de investigar más a fondo por los psicólogos transculturales, siendo un caso similar el de **diversión**, pues mientras Szalay y su equipo lo ubicaron como un componente de riesgo del consumo de drogas, en este estudio se encontraron como componentes protectores la asociación de sí mismo con **jugar**, **cantar** y **bailar**.

Por otra parte, como potenciales factores de riesgo latentes en los grupos de usuarios y que habría que trabajar en el tratamiento y en la elaboración de mensajes preventivos se encuentra asociar al **yo** con el **consumo de drogas** o más grave aun, definirse como **drogadictos**, lo que puede constituirse en un punto de exploración que profundizar en tratamiento, tal vez en el marco de análisis de la confrontación de esquemas mentales irracionales de la terapia cognitiva (Beck, 1976) y no obsta recalcar

la importancia de evitar la exclusión social de los consumidores, siendo por esto preferible, ubicarlos como sujetos con un trastorno psicológico que como delincuentes, anómicos o desviados sociales, con el objeto de facilitar su rehabilitación.

Por su parte, los usuarios de marihuana y los poliusuarios se asocian con **soledad** y los de cocaína se consideran **alejados**, lo que podría interpretarse desde la visión de Maslow como una forma de evitación de un medio microsocial no satisfactorio. También los monousuarios tanto de cocaína como de marihuana se asociaron con estados de **confusión**, por lo que se destaca la posible utilidad de las terapias cognitivas para su esclarecimiento.

Es importante remarcar que el poliusuario se caracteriza por asociarse con una plétora de **conceptos auto denigratorios**, (*tarado, idiota, cochino, rata, flojo, no valgo, no merezco*), los cuales se asocian claramente con **depresión**, de acuerdo con los planteamientos de (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), dichos conceptos pudieran probablemente haber sido interiorizados a partir de las *discusiones* y la *falta de atención* en la familia en acuerdo con el esquema de la “familia depresiva” planteada por Linares y Campo (2000), o acorde a la lógica interior del abandono planteada por el antipsiquiatra Laing (1972).

Estos esquemas mentales irracionales y deteriorantes pudieran ser intervenidos en el tratamiento breve individual en dos pasos. Primero por medio de estrategias de la terapia cognoscitiva de la **depresión** (Beck et al.,1983), que incorpora elementos conductuales y una vez ganada autoestima en un segundo paso que incorpora el entrenamiento asertivo para romper con la pasividad en la familia (Flores-Galaz y Díaz-Loving, 2002).

A su vez, el monousuario de cocaína parece concebirse particularmente **agresivo**, lo que pudiera focalizar en este grupo de usuarios de estimulantes los problemas de conducta; adicionalmente se consideran *fuertes*, lo que parece ser una condición necesaria para ser agresivos, aunque debe ser desgastante y; también se sienten **insatisfechos**, lo cual puede ser una motivación para sostener un tratamiento y también para desarrollar estrategias para prevenir el consumo del alcaloide. Estos resultados coinciden cercanamente con Szalay, Bovasso, Vilov y Williams (1992), que encontraron que estos usuarios se significan con *soledad, confusión y dolor*.

A diferencia, el monousuario de marihuana se significa como **rebelde**, lo cual aparece factible en el contexto de una familia *desintegrada, hipócrita* y que produce *miedo*. Mientras que, en concordancia con el desapego familiar y su bajo autoconcepto, el poliusuario se significa a sí mismo como **antisocial** y con **problemas**, lo cual parece comprensible con esquemas de origen familiares carentes de **convivencia** y **educación**.

Como indicadores protectores del consumo de cocaína aparecen solamente los de tipo negativo, considerando a la sustancia como una *enfermedad, perjudicial, peligrosa, que no les gusta, que es una droga mala, cara, produce adicción* y conduce a la *soledad*, lo cual confirma una mayor percepción de riesgo del consumo del alcaloide entre los no usuarios de drogas y es acorde con los reportes que relacionan problemas de depresión y consumo de drogas (García-Blancas, 2003; González et al., 2004; Medina-Mora et al., 2003), siendo también acorde con lo reportado por Szalay, Vilov y Strohl (1992).

A diferencia como indicadores motivacionales (de riesgo) del consumo de cocaína presentes en los mono y policonsumidores de esta sustancia se encontraron tanto de tipo positivo como negativo. Entre los primeros se encuentra la satisfacción de la necesidad de **Seguridad**: *tranquilidad*, así como sensaciones que permiten identificar la **activación del circuito de gratificación**: *les gusta, es rica, y da placer*.

Entre los **indicadores individuales negativos de riesgo** asociados con la motivación de consumo de cocaína, se encontraron algunos **trastornos emocionales**: *ansiedad, tristeza, depresión, miedo, nervios, desesperación, pánico y paranoia*, así como la asociación con **transgresiones** a la ley que implican el riesgo de *ir a la cárcel*.

Como **componentes subjetivos protectores** del consumo de cocaína, se encontraron **de tipo negativo**, como considerarla *nociva, un mal hábito, un vicio, una enfermedad* y lo asociaron con un sentimiento de *desesperación*, lo que hace ver una mayor percepción de riesgo entre los no consumidores de esta sustancia.

Los **indicadores motivacionales de riesgo** del consumo de marihuana presentes en los usuarios de marihuana y policonsumidores son congruentes con los reportados por Szalay, Vilov y Strohl (1992), entre ellos se encontraron de **tipo positivo y negativo**. Entre los primeros se ubicó la necesidad **Fisiológica**: *búsqueda de sensaciones*, reportada previamente por Gracia et al. (2002), así como la asociación con sensaciones que reflejan la **activación del circuito de gratificación**: *ayuda a la diversión, produce placer, es agradable, te ayuda al cotorreo, produce risa y alegría*. Entre los negativos se encontraron los *conflictos* y los *problemas*, sobre todo de *tipo familiar*, lo que es también acorde con autores que asocian el consumo de drogas con problemáticas familiares (Hawkins et al., 1992; Rodríguez-Kuri et al., 2004).

Profundizando en esto, una carencia de satisfacción de la necesidad de **respeto**, puede responder a una familia en proceso de **desintegración**, privando de algunos de los disparadores naturales del circuito de recompensa (Guisa et al., 2001) que produciría un medio nutriente en este sentido, carencia que se presenta también con los **amigos** que **traicionan**, por lo que se ve compensado por los componentes subjetivos positivos de riesgo del consumo de la sustancia (produce **risa** y **alegría**), que pueden explicar en parte el efecto predictor del *IDE* de la marihuana.

Se destaca también la utilidad de las amistades y pares leales, con quienes se pueda contar, como trasfondo de los componentes subjetivos de los significados psicológicos, como factor protector, lo que hace congruencia con el planteamiento de la importancia de la relación con los pares y con los amigos, en las etapas de la adolescencia y juventud, como factores asociados con el consumo de drogas, en particular si los amigos consumen drogas. Por lo que la opción conveniente es promover la asociación de la amistad con actividades sanas, como el deporte, el arte y la ciencia.

Asimismo, se resalta la injerencia del concepto negativo hacia la marihuana como factor protector para la prevención del policonsumo, lo que parece corroborar la explicación de la activación del circuito de recompensa (Guisa et al., 2001), manifiesta en **risa** y **alegría**.

Factores Asociados con el Consumo de Drogas

Los resultados obtenidos son acordes con estudios realizados que han identificado la una asociación, posiblemente predictiva del consumo de drogas, debido a la depresión

(García-Blancas, 2002; González et al., 2004; Medina-Mora et al., 2003), en conjunto con ansiedad (Rousanville, 1988; Rousanville et al., 1991) y con ideación suicida (Villatoro et al., 1998), así como problemas de autoestima y asertividad, relacionados con el déficit en las habilidades para establecer relaciones, para expresar las propias opiniones y sentimientos y para interactuar de un modo socialmente eficaz (Scheier et al., 1998).

Además de que se ha detectado entre los adolescentes la injerencia de la impulsividad y la dificultad para demorar la gratificación (Luengo et al., 1994; Rodríguez-Kuri y Pérez-Islas, 2002), los trastornos de conducta (Rodríguez-Kuri, et al., 1999) y la resistencia a la autoridad (Munist et al., 1998).

Por esto, convendría ahondar en la investigación de estos aspectos entre los consumidores de drogas, pues parece importante la incorporación de la depresión y a la autoestima como necesidades individuales de tratamiento de los consumidores de drogas, sobre todo si se considera que se cuenta con los modelos breves de intervención que han mostrado eficacia en el contexto de nuestra cultura, como son las intervenciones con elementos cognoscitivos y conductuales (Bandura, 1999; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Flores-Galaz y Díaz-Loving, 2002; Rosenberg, 1973).

Con respecto a las relaciones con la familia los resultados son congruentes con la literatura que reporta problemáticas relacionadas con el funcionamiento familiar con anterioridad, entre las cuales destacan el de sustancias en la familia como factor de riesgo (Hawkins et al., 1992; Medina-Mora et al., 1995; Medina-Mora, 2002; Medina-Mora et al., 2003; Munist et al., 1998; Rodríguez-Kuri, 2004; Villatoro et al., 1998), las normas familiares consistentes como factor de protección (Abdelraham et al., 1998;

Baumirind, 1991; Mckay et al., 1991; Pérez, 1998; Stewart, 2002) y las normas familiares inconsistentes como riesgo (Barnes et al., 1992; Hawkins et al., 1992; Maltzman, 1991; Schellenbach et al., 1987; Shucksmith et al., 1997; Stoker et al., 1990).

Asimismo, se ha considerado al conflicto familiar como factor de riesgo (Barrera et al., 1998; Barrera et al., 2001; Brody et al., 1993; Chassin, 1984; Chermack et al., 2001; Duncan, 1983; Farrell et al., 1998; Hawkins et al., 1992; Reilly, 1983; Rodríguez-Kuri et al., 2004; Schellenbach et al. 1987; Stoker et al., 1990; Silber et al., 1993; Wills et al., 2001). También a la cohesión, como factor protector (Anderson et al., 1994; Brook et al., 2000; Hoffman et al., 2000; Hoffmann et al., 2002; Munist et al., 1998; Pérez et al., 1998; Shucksmith et al., 1997; Zimmerman et al., 1998) o problemas con ésta como factor de riesgo (Bogenschneider et al., 1998; Challier et al., 2000; González et al., 2004; Hawkins et al., 1992; 1998 Hoffmann, 1995; Machamer y Gruber, 1998; Maltzman, 1991; Noone, 1983).

Además, se han identificado algunos problemas relacionados con la estructura familiar como factores de riesgo (Beaty, 1995; Brook et al., 2001; Challier et al., 2000; Friedemann et al., 1994; González et al., 2004; Hawkins et al., 1992; Hoffman et al., 1998; Leve et al., 1997; Levine, 1985; Phares, 1992). Así como una percepción positiva de la familia como factor de protección (Zimmerman et al., 1998), una percepción negativa como factor de riesgo (González et al., 2004; Hawkins et al., 1992; Ledoux et al., 2002; Shah y Aziz, 1994; Yeh et al., 1995). También a la agregación de trastornos mentales entre los familiares se le ha ubicado como factor de riesgo (Biederma et al., 2000; Gil et al., 1998; Kuwata et al., 1998; Luthar et al., 1993; Miles et al., 1998; Sheridan, 1995; Tubman et al., 1995).

Integración

En esta parte se realiza una integración de los resultados obtenidos, presentando en primer lugar los comunes para todos los grupos en lo que denomina contexto general y los particulares de cada grupo: los no usuarios de drogas, consumidores de cocaína, consumidores de marihuana y policonsumidores.

Contexto general

En general todos los grupos estuvieron de acuerdo en un conjunto de características, así con respecto al grado de satisfacción de las necesidades deficitarias: a) en el nivel de satisfacción fisiológica los grupos encontraron satisfechas sus necesidades fisiológicas de *comer* y *dormir*, b) en estima/dominancia social se presentaron diferencias estadísticas en el grado de satisfacción de las necesidades de *poder* y *dominar*, aunque las correspondientes pruebas de Tukey no pudieron diferenciar los grupos en que se encontraba la diferencia, c) para la necesidad afectiva de *amor* la prueba de Tukey no pudo diferenciar los grupos en que se encontraba la diferencia. No se profundizó mayormente en estas variables.

Con respecto a los significados psicológicos positivos se encuentra una varianza común entre los grupos, pues consideran que en la **familia** existe un grado importante de *unión* *apoyo*, *amor* y *comprensión*; en el caso de los **amigos** todos los grupos los relacionan con la propia *amistad*, con la *diversión*, el *juego*, la *ayuda*, el *apoyo*, la *sinceridad* y la *alegría*; lo cual repercute en que en buena medida se consideren a **si mismos** como *buenos*, siendo también importante para todos los grupos con respecto a su persona el *estudio*, el *trabajo*, la *amistad* y la *alegría* (las dos últimas última pueden vincularse, junto con la *diversión*, el *juego* y la *alegría* asociadas con los amigos, con la activación

natural del circuito de gratificación encefálico, por medio de la activación del circuito dopaminérgico y de otros neurotransmisores asociados).

Con respecto a los significados psicológicos negativos de la **familia** no se encontraron PP comunes a todos los grupos, para el caso de los **amigos**, se encuentra que de alguna manera los llegan a considerar *malos*, además, en las asociaciones neutras, se consideran *pocos* —lo cual reafirma categóricamente el conocimiento popular con este respecto—, finalmente, con respecto al **yo**, tampoco se encontraron componentes negativos comunes a todos los grupos.

Con respecto a las drogas, predominaron los componentes subjetivos negativos, de tal forma, se coincide en relacionar a la **cocaína** con la *muerte, destrucción, problemas, dañina* y *vicio*, mientras que a la **marihuana** también se la asocia con la *muerte* y se la considera una *droga apestosa*. Por otra parte, hacia la cocaína no se encontraron componentes subjetivos positivos comunes, pero se coincidió en relacionar a la marihuana con la *relajación* y con la necesidad de *tranquilidad*.

No consumidores de drogas

El conjunto de las características particulares del grupo de no consumidores de drogas, parece conformar un conjunto importante de factores protectores del consumo de drogas ilícitas en estudio, en donde se manifiesta la satisfacción de necesidades de deficiencia particulares, relacionadas con significados psicológicos positivos en la esfera microsocial de la *familia* y los *amigos*, que soportan en la esfera del *sí mismo* la presencia de valores y sentimientos de satisfacción de las necesidades, que además pareciera relacionarse con la activación natural de endorfinas y endocannabinoides el circuito de recompensa encefálico (Guisa et al., 2001).

De tal manera, siguiendo la teoría de la motivación de Maslow (1954/1970a), se evidencia en este grupo la presencia de experiencias particulares estructurantes, (identificadas en el inventario de Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 2001) que se conforman como factores protectores del consumo, sobre todo los que se incorporaron en los modelos predictivos, como el grado de satisfacción de las necesidades de salud, tranquilidad, justicia en la familia y respeto, que parecen estar manifiestos en los componentes subjetivos positivos hacia la **familia** y los **amigos**, de manera que el individuo, teniendo satisfechas estas necesidades, lo demuestra en la expresión de valores asociados con el **yo**, los cuales traslucen un mayor grado de satisfacción de necesidades de seguridad, estima/dominancia social y afectivas en este grupo, puesto que la importancia de los valores correlaciona con el grado de satisfacción que las necesidades (Mendoza, 2004).

En consecuencia, con respecto a los significados psicológicos asociados con las drogas, en este grupo se manifiesta un mayor número de componentes subjetivos negativos (entre los cuales, a aquellos que aparecieron solamente en los no consumidores se consideraron como componentes subjetivos protectores del consumo).

En la comparación de los grupos, a diferencia de los consumidores de drogas, los no usuarios reportaron relativamente satisfechas a) la necesidad fisiológica de *salud*, b) las necesidades de seguridad de *tranquilidad*, *seguridad emocional* y *justicia en la familia*, c) la necesidad de estima/dominancia social de *éxito* y d) las necesidades afectivas de *amistad*, *respeto* y *cariño*, de acuerdo a lo esperado por la teoría de la motivación de Maslow, lo cual se manifiesta de manera importante en los significados psicológicos positivos, como se explica a continuación.

Los no consumidores de drogas parecen provenir de una **familia** *amistosa, alegre, honesta* e incluso *feliz*, que además muestra preocupación por formarlos, dado que los *regañan*, también —a diferencia de alguno(s) de los grupos de consumidores de drogas—, les ofrece la satisfacción del *respeto*, la *sinceridad*, la *convivencia*, la *educación* y la *responsabilidad*, además de que *trabajan* y los consideran *buenas personas*. A su vez, a diferencia de los consumidores de drogas, su círculo de **amigos** les brinda satisfacciones tales como el *respeto*, la *unión*, la *amabilidad* y el *cariño*, por lo que los consideran “*chidos*”, además —a diferencia de alguno(s) de los grupos de consumidores de drogas— piensan también que son *buenos*, les brindan su *confianza*, su *comprensión*, *conviven* y *estudian* con ellos.

Como resultado —a diferencia de alguno(s) o de todos los grupos de consumidores de drogas— el concepto que tienen de **sí mismos** refleja la satisfacción de las necesidades de deficiencia en su medio microsocial, lo cual se refleja en la expresión de valores, tales como el *respeto*, la *libertad*, la *responsabilidad*, la *amabilidad*, el *amor*, la *honestidad*, la *tranquilidad* y la *sinceridad*, lo cual sugiere una repercusión en la capacidad de *inteligencia* de este grupo y se trasluce en formas de actuar satisfactorias, que sugieren la activación natural de endorfinas o de endocannabinoides en el circuito encefálico de recompensa, tales como *cantar*, *bailar* y *jugar*, cuya presencia es menor en los otros grupos o no se presenta del todo.

No obstante, los no consumidores no están exentos a dificultades cotidianas, por lo que se presenta cierto grado de insatisfacción de necesidades, aunque no tan grave como el de los grupos de consumidores de sustancias. Así, entre los componentes subjetivos negativos de la **familia** aparecen sentimientos de *tristeza*, se presentan *problemas*, en

ocasiones es *desunida* y *enojona*, además de que *regaña*. Con los **amigos** se ven expuestos al “*desmadre*”, *peleas*, *rebeldía*, *discusiones*, por lo que llegan a considerarlos *tontos*. Estas situaciones adversas en los ambientes microsociales contribuyen a la producción de componentes subjetivos negativos del **sí mismo**, como ser *enojón*, *tímido* y sentirse *triste*, lo cual puede expresarse *llorando*, aunque también pueden *fumar* o *tomar*.

Dichos componentes negativos, no obstante, no parecen ser suficientes para que los jóvenes apetezcan el consumo de drogas ilegales, hacia las cuales se manifestó un claro rechazo. De tal forma, se aprecia con claridad que la **cocaína** “*no les gusta*”, la relacionan con la *enfermedad* y la consideran una *droga mala y cara*, *perjudicial* y *peligrosa* que conduce a la *adicción* y a la *soledad*. A la **marihuana** la asocian con un *mal hábito*, un *vicio* y una *enfermedad*, caracterizada por la *desesperación*, piensan también que es una sustancia *nociva*, que se *fuma*, produce *alucinaciones* y te conduce a la *tristeza*.

Sin embargo, también están presentes algunos componentes subjetivos positivos en este grupo hacia las drogas, puesto que relacionan la **cocaína** con el *sexo* (cosa que no hizo ninguno de los grupos de usuarios) y los *amigos*, mientras que a la **marihuana**, en cierta forma, la consideran *medicinal*.

Usuarios de cocaína

Los resultados demuestran como los usuarios cocaína que solicitan tratamiento presentan deficiencias en varias necesidades con respecto a no consumidores de drogas y alguno(s) de los otros grupos de usuarios, entre ellas se encuentran a) fisiológicas: *salud*; b) de seguridad: *tranquilidad*, *orden*, *seguridad emocional* y *justicia*

en la familia; c) de estima/dominancia social: *reconocimiento, éxito y dinero*; d) afectivas: *amistad, respeto y cariño*. Entre estas deficiencias, dos del nivel de seguridad (*tranquilidad y justicia en la familia*) tuvieron importantes pesos predictores del consumo en los estudios *ex-post-facto* realizados, por lo que se consolidaron como importantes factores motivacionales protectores y se identificaron como posibles componentes de la psicopatogénesis del consumo de cocaína, en acuerdo con la teoría de la motivación de Maslow (1954/1970b).

Entre los componentes subjetivos negativos de la **familia** que reflejan estas deficiencias, sobresale que, a diferencia de los otros grupos, los consumidores de cocaína provienen de familias particularmente *violentas* (lo cual afecta desde la *salud*, la *tranquilidad* y la *justicia en la familia*, hasta la satisfacción de necesidades afectivas), por lo cual la consideran *mala* y piensan que es *hipócrita* (posiblemente, en parte, por ocultar la existencia de la violencia intrafamiliar ante los demás) y en consecuencia adolece de *respeto, convivencia, educación y trabajo* (a diferencia de los no consumidores y algunos de los otros grupos).

Entre los componentes subjetivos negativos de los **amigos** que contribuyen en la explicación de estas deficiencias, se encuentra que los asocian con *drogas* o los consideran *drogadictos*, también creen que *no hay* o *no existen*, que son *hipócritas, convenencieros y deshonestos*; en consecuencia también adolecen de *confianza, comprensión y convivencia* con ellos, ni se posibilita el *estudio*. Lo anterior dificulta que el individuo satisfaga la necesidad de *tranquilidad* y de acuerdo con la teoría de la motivación de Maslow (1954/1970a), también dificulta la posibilidad de concentrarse en satisfacer necesidades de deficiencia de niveles superiores.

Estas problemáticas se ven plasmadas en los componentes subjetivos negativos del **yo**, por una parte se aprecia que este grupo adolece de los valores de *respeto* y la *libertad*, no se le ocurre *cantar*, no se considera *responsable*, ni *amable* y tampoco aparece el *amor* entre sus PP. En cambio, se perciben *alejados*, *agresivos* (introyectando, de acuerdo con Maslow, la violencia intrafamiliar), *insatisfechos* y *fuertes* (posiblemente para poder enfrentar y reproducir la agresividad), además de definirse (al igual que los otros grupos de consumidores) como *adictos* o *usuarios de drogas*.

En consecuencia, los consumidores de *cocaína* podrían utilizar el alcaloide para mantenerse alerta, como una forma de defensa ante la agresividad, tanto objetiva, como subjetiva presente en su mundo microsocia, pero también parecieran encontrar la activación artificial del sistema dopaminérgico como una vía sustituta de activación del circuito de recompensa encefálico (Guisa et al., 2001), por lo que entre sus componentes subjetivos positivos asociados con la sustancia indican que les proporciona *placer*, la consideran *rica* y manifiestan que *les gusta*.

Algunas preguntas para el tratamiento de este grupo son las siguientes:

¿podría la satisfacción de las necesidades deficitarias y sus componentes proveer de suficiente actividad natural al sistema de recompensa encefálico como para no hacer necesaria su activación artificial por medio de la cocaína y por lo tanto que desapareciera la apetencia por el consumo?

¿es la tranquilidad un elemento importante en el funcionamiento del sistema de recompensa encefálico?

¿podría ayudárseles a manejar la *violencia* intra-familiar e individual a este grupo de usuarios?

¿podrían lograr satisfacer sus necesidades de *tranquilidad y justicia en la familia*?

¿se podría desarrollar *respeto, convivencia, educación y trabajo* en la familia, de manera que suplan la *agresividad* y la *hipocresía*?

¿podrían obtener con sus amigos *confianza, comprensión, convivencia* y hábitos constructivos como el *estudio*, en vez de *drogas, deshonestidad, conveniencia* e *hipocresía*?

¿podrían desarrollar para sí mismos los valores de *respeto, libertad, responsabilidad, amabilidad* y *amor*, en vez de que se desgastaran sintiéndose *alejados, agresivos, fuertes e insatisfechos*?

¿podrían lograr la satisfacción de otras necesidades deficitarias (que también son motivacionales), como *salud, orden, seguridad emocional, reconocimiento, éxito, amistad* y *cariño*?

Usuarios de marihuana

El consumidor de marihuana que solicita tratamiento presenta deficiencia en sus necesidades de seguridad de *tranquilidad* (aunque es menos grave su deficiencia que la del usuario de cocaína), de *seguridad emocional y justicia en la familia* (como los otros grupos de usuarios); también en su necesidad de estima/dominancia social de *éxito* y en las necesidades afectivas de *amistad, respeto* y *cariño*. Entre estas deficiencias, destaca la necesidad de estima/dominancia social de *respeto*, la cual obtuvo un importante peso predictor del consumo de marihuana en el análisis de regresión logística aplicado, por lo que se consideró un importante factor motivacional protector y se identificó como posible componente de la psicopatogénesis del consumo de marihuana, en acuerdo con la teoría de la motivación de Maslow (1954/1970a).

La deficiencia de estas necesidades parece producirse en el contexto de una **familia desintegrada, hipócrita**, con situaciones que producen *miedo* —a diferencia de los otros grupos— experimentándose también deficiencia —con respecto a los demás grupos— de *respeto* (lo que reafirma su efecto protector), *responsabilidad* y sin aparecer entre sus consideraciones que sean “*buenas personas*”.

Tampoco refleja ser, como los no usuarios, una familia *amistosa, feliz, alegre y honesta*, que también *regaña*. Algunos de estas deficiencias parecen compensarse en las relaciones con los amigos, aunque también esto propicia circunstancias propias para el consumo de sustancias.

Así, a los **amigos** se les asocia con *pláticas, cotorreo, fiesta y relajó* (como a los otros consumidores), mientras que los no usuarios parecen satisfacer estas necesidades en la familia (recuérdese que asociaron a la familia con amistad, a diferencia de los otros grupos) y que son situaciones propias para el consumo de sustancias, entre ellas la marihuana, las cuales no aparecen como PP entre los no consumidores, lo cual se evidencia en que los consideran *drogadictos* y dicen que “*no existen*”.

Esto tiene su impacto en la forma en que se auto-percibe y significa al **yo** por el usuario de marihuana, considerándose un *adicto* que *usa drogas* (como los otros grupos de usuarios), pero además afectado por circunstancias de *soledad* que no alcanza a comprender, por lo que le produce *confusión* (de esperarse en familias *desintegradas*), que reivindican de alguna forma con su *rebeldía* (en concordancia con la hermandad con los amigos), dado que entre sus deficiencias de significados aparece también el *respeto* (reafirmandose), la libertad y el canto (como los otros grupos de consumidores), pero también la *honestidad*, la *tranquilidad* (de nuevo), la *inteligencia* y el *baile*, con la

pregunta adicional de si estos últimos significados psicológicos pudieran constituir todos factores motivacionales protectores que reconstituyeran al consumidor, por medio de su eventual y factible satisfacción.

Ante esta insatisfacción de necesidades, sobre todo de *tranquilidad* y *respeto*, en donde se carece de *alegría*, *cariño* y *libertad* (entre otras cosas) y dónde es terreno propio para la *hipocresía*, el *miedo*, e incluso la *traición* y tal vez el usuario encuentre que una sustancia que considera que puede ser *medicinal* como la marihuana, aunque sea una *droga apestosa*, asociada con la *muerte*, le pueda ayudar a obtener cierta activación del circuito de recompensa (que acompañaría normalmente la satisfacción de las necesidades que no tiene satisfechas), por lo que se percibe que el psicotrópico *produce sensaciones*, las cuales son *agradables* y le dan *placer*.

Lo cual ocurre a pesar de que reconocen que la sustancia es *destruktiva*, te lleva a *fumar*, a la *adicción*, a *depender*, puede *provocar conflictos* y *problemas*, sobre todo de tipo *familiares*. Aunque no consideran (como los no consumidores) que es un *mal hábito*, un *vicio* y una *enfermedad*, que es *nociva*, *dañina*, *destruktiva*, *mala*, *negativa*, produce *mareo*, *alucinaciones* y tiene que ver con la *desesperación* y la *tristeza*. Por lo que hacer conciencia de estos últimos significados psicológicos pudiera servir para prevenir el consumo y conformar los contenidos que subyacen el *IDE* negativo de la marihuana como factor protector de su consumo.

Poliusuarios de cocaína y marihuana

Los consumidores de ambas drogas que solicitan tratamiento reportan deficiencia en su necesidad fisiológica de *salud*, con respecto a los no usuarios y a los usuarios de marihuana; también reportan deficiencia en sus necesidades de seguridad de *orden*

(como los consumidores de cocaína) y de *seguridad emocional* y de *justicia en la familia* (como los otros grupos de usuarios); en sus necesidades de Estima/dominancia social de *reconocimiento*, de *éxito* y de *dinero* y; en sus necesidades afectivas de *amistad*, *respeto* y *cariño*. Entre ellas, se destaca la satisfacción de la *salud* como factor protector.

Lo anterior es posible en el seno de un familia que tiene “*falta de atención*” y *discuten* —lo cual podría estar reflejando el esquema de las familias depresivas propuesto por Linares y Campo (2000), con una sobreinvolucración en el eje de la conyugalidad, en detrimento de el subsistema de parentalidad— y que carece de *sinceridad* (como los usuarios de marihuana) y también de *convivencia* y *educación* (como los usuarios de cocaína). A sabiendas de que tampoco es la consabida familia *amistosa*, *feliz*, *alegre* y *honesto* que también *regaña*. Con tal descuido, se ve afectada la *salud* de los hijos.

Sin embargo, con los **amigos**, los poliusuarios encuentran *pláticas*, *cotorreo* y *relajo* (aunque también los consideran *drogadictos* y piensan que “*no existen*”), se encuentra que afortunadamente son *muchos* y de alguna forma dan *tranquilidad* —es el único grupo de consumidores que no presentó deficiencia en el *grado de satisfacción de la necesidad de tranquilidad* en las pruebas de ANOVA, posiblemente porque entre los amigos encuentra el espacio para satisfacerla—, siendo también con ellos que encuentran *compañía* y relación con el *trabajo*. Como carencias les falta “*ser buenos*”, parecen no tener sentido de *unión* ni *respeto* (se reitera esta deficiencia en este contexto) y también carecen de *cariño* (detectada anteriormente, aparece también en este contexto) y *amabilidad*, por lo que no los consideran “chidos”.

En consecuencia, los poliusuarios tienen un concepto de **sí mismo** asociado con la *soledad* e incorporan una plétora de conceptos auto-denigratorios: *soy malo, drogadicto, tonto, idiota, un problema, ignorante, cochino, estoy mal, loco, tarado, no tengo valor y no merezco*. Lo anterior, de alguna manera, comprueba el silogismo inconsciente propuesto por Laing (1972): a) mi familia *no me presta atención*, b) algo debo tener mal, c) yo *estoy mal*, por lo tanto c) mi familia *no me presta atención* porque yo *estoy mal* y por lo tanto: d) quieren *cambiar y salir adelante*, lo cual tal vez pudiera beneficiarlo, aunque difícilmente resolvería el problema de la *falta de atención* en la familia, si se verifica que el problema es una sobreinvolucración en el eje de la conyugalidad, como lo plantearan Linares y Campo (2000).

Por otra parte, se presentan deficiencias de *responsabilidad, amabilidad, amor, sinceridad y juego* y de *respeto, libertad y canto*, con lo cual se limita la activación del circuito de recompensa, asociado con satisfacción las necesidades de deficiencia.

De tal manera, los poliusuarios parecen consumir cocaína porque *les gusta* y les da *tranquilidad* —lo cual pudiera reflejar la activación del circuito de recompensa— además de que les permite estar con sus *amigos*. A pesar de que la consideran *negativa*, que los puede llevar a la *perdición* y a la *cárcel* y que la relacionan con sentimientos de *tristeza, miedo, depresión, ansiedad, nervios, desesperación y paranoia*.

Por otra parte, este grupo parece consumir marihuana debido a que les produce *risa* y *alegría* —lo cual refleja claramente la activación del circuito de recompensa— además de que les ayuda a “*cotorrear*”. Sin embargo también reconocen que es *dañina, trae problemas*, en cierta forma “*no les agrada*”, la consideran *mala, negativa*, que *produce mareo* y la relacionan con el sentimiento de *tristeza*.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdelraham, A., Rodriguez, G., Tyan, J., French, J. & Weinbaum, D. (1998). The epidemiology of substance use among middle school students: The impact of school, familial, community, and individual risk factors. *Journal of Child & Adolescence Substance Abuse*, 8, 55-75.
- Alcohólicos Anónimos [AA] (1955/1977). *Como trabaja el Programa*. En Alcohólicos Anónimos, (pp. 55-66), México: AA World Services Inc.
- Alducin-Abitia, E. (1993). *Los valores de los mexicanos*. Tomo 3. México: Grupo Financiero Banamex-Accibal.
- Anderson, A. & Henry, C. (1994). Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use. *Adolescence*, 29, 405-420.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: a postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Andrade-Palos, P. (1994). El significado de la familia. *La Psicología Social en México*, V, 83-87.
- Andrade-Palos, P. (1998). *El Ambiente familiar del Adolescente*. Tesis doctoral no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Balanzario, M. C. (2003). Dependencia a cannabinoides. Bases moleculares y farmacológicas. En: M. C. Balanzario (Coord.) *Mariguana. Investigación Epidemiológica, Psicosocial, Clínica y Farmacológica. Revisión Documental. Informe de Investigación 03-12*. México: Centros de Integración Juvenil (pp. 79-111).
- Balderas-González, A. (2000). La filosofía de vida y su relación con el autoconcepto del mexicano. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Wilson, Inc.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (1999). A socio-cognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychological Science*, 10 (3), 214-217.
- Barnes, G. & Farrell, M. (1992). Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors. *Journal of Marriage & Family*, 54, 763-776.
- Barrera, M. & Stice, E. (1998). Parent-adolescent conflict in the context of parental support: Families with alcoholic and nonalcoholic fathers. *Journal of Family Psychology*, 12, 195-208.

- Barrera, M., Biglan, A., Ary, D. & Li, F. (2001). Replication of a problem behavior model with American-Indian, Hispanic, and Caucasian youth. *Journal of Early Adolescence*, 21, 133-157.
- Baumirind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11 (1), 56-95.
- Beaty, L. A. (1995). Effects of paternal absence on male adolescents' peer relations and self-image. *Adolescence*, 30, 873-880.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer, S. A.
- Becoña, E. (2002a). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002b). Factores de riesgo y protección. En *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*, Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (pp. 189-262).
- Bertalanffy, L. V. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Biederma, J., Faraone, S. V., Wosniak, J. & Monuteaux, M. C. (2000). Parsing the association between bipolar, conduct, and substance use disorders: A familial risk analysis. *Biological Pshychology*, 48, 1037-1044.
- Bogensneider, K., Wu, M., Raffaelli, M. & Tsay, J. C. (1998). Parent influence on adolescent peer orientation and substance use: The interface of parenting practices and values. *Child Development*, 69, 1672-1688.
- Bovasso, G., Szalay, L., Biase, V. & Stanford, M. (1993). A graph theory model of the semantic structure of attitudes. *Journal of Psycholinguistic Research*, 22 (4), 411-425. <http://www.plenum.com>
- Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., Griffiths, P., Stillwell G. & Strang, J. (1999). What influences young people's use of drugs? A qualitative study of decision-making. *Drugs: education, prevention and policy*, 6 (3), 373-387.
- Brailowsky, S. (1995). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Brody, G. & Forehand, R. (1993). Prospective associations among family form, family processes, and adolescents' alcohol and drug use. *Behavior Response Therapy*, 31, 587-93.
- Brook, J. S., Brook, D. W., De La Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. & Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: the impact of personality, family, and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183-203.

- Brook, J. S., Whiteman, M., Finch, S. & Cohen, P. (2000). Longitudinally foretelling drug use in the late twenties: Adolescent personality and social-environmental antecedents. *Journal of Genetic Psychology*, 161, 37-51.
- Camacho, M. y Andrade-Palos, P. (1992). El concepto de familia en los adolescentes. *La Psicología Social en México*, VI, 295-302.
- Cancrini, L. (1990). Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. En: J. A. Yaría (Eds.), *Toxicodependencias: Asistencia y prevención*. Buenos Aires: Nadir.
- Cancrini, L., De Gregorio, F. y Nocerino, S. (1997). Las familias multiproblemáticas. En M. Coletti y J. L. Linares, *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós (pp. 45-82).
- Castillo, M. (2004, octubre). Resultados de la operación del Centro de Día Alvaro Obregón. Documento presentado en el *Congreso Internacional de Adicciones "35 años de experiencias"*, Centros de Integración Juvenil, A. C., México.
- Castillo-Franco, P. I., Gutiérrez-López, A. D. y Gracia, S. E. (2003). Consumo de Drogas entre Pacientes que Ingresaron a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 2002. *Informe de investigación 03-01*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Castillo-León, T. e Iuit, J. I. (1994). Concepto de familia, padre, madre e hijo en un grupo de yucatecos. *La Psicología Social en México*, V, 94-102.
- Castro, M. E. y Llanes, J. (2001), Estudio nacional de consumo de drogas en la población usuaria de la preparatoria abierta. En Medina-Mora (Coordinadora) (2001). *Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México 2001*. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centros de Integración Juvenil, A.C., Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos, A.C.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. [CIJ] (2006 octubre-diciembre). *CIJ Informa, Año 12. Num. 38*, 126-128.
- Challier, B., Chau, N., Prédine, R., Choquet, M. & Legras, B. (2000). Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol, and illicit drug use in adolescents. *European Journal of Epidemiology*, 16, 33-42.
- Chassin, L. (1984). Adolescent substance use and abuse. *Abnormal Childhood Behavior Analysis & Theory*, 3, 99-152.
- Chen, K., & Kandel, D. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85 (1), 41-47.
- Chermack, S., Walton, M., Fuller, B. & Blow, F. (2001). Correlates of expressed and received violence across relationship types among men and women substance abusers. *Psychological Addictive Behavior*, 15, 140-151.

- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glanz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse*. Washington, D. C.: American Psychological Association (pp. 15-51).
- Coleman, S. B. (1980). Incomplete mourning in the family trajectory: Circular journey to drug abuse. En B. G. Ellis (Ed.). *Drug abuse from the family perspective: Coping is a family affair*, Rockville, EE UU: National Institute of Drug Abuse (pp. 18-31).
- Colleti, M. y Linares, J. L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.
- Consejo Nacional contra las Adicciones [CONADIC]. (2000). *Herramientas para la Acción Preventiva. Guía de Prevención del Consumo de Drogas*. México: CONADIC.
- Cuijpers, P. (2003) Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10 (1).
- Denham W. & Pearl, L. (2000). Experience and knowledge of young people regarding illicit drug use. *Addiction*, 95 (8), 1225-1235.
- Díaz, B. D., Balanzario, M. C., Castillo, I., Gutiérrez, A. y García, R. (2001). Uso de drogas en pacientes de primer ingreso a Centros de Integración Juvenil. En M. E. Medina-Mora (Coord.). *Observatorio Epidemiológico en drogas. El fenómeno de las adicciones en México 2001* (pp. 66-74). México: Consejo Nacional Contra las Adicciones. Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centros de Integración Juvenil, Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos, A.C.
- Díaz-Barriga, L. y Riquelme, E. (Compilación) (2002). *Enfoques de tratamiento en adicciones*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Díaz-Guerrero, R. (1967). The active and passive syndromes. *Revista Interamericana de Psicología*, 1 (4), 263-272.
- Díaz-Guerrero, R., Alonso-Dávila, K. y Rivera-Aragón, S. (2001). Hacia el origen psicológico de los valores. Una replica metodológica. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 17 (2), 103-112.
- Díaz-Guerrero, R. y Balderas-González, A. (2000). Amor vs. Poder, el nuevo factor de la Filosofía de Vida. *La Psicología Social en México*, VIII, 134-142.
- Díaz-Guerrero, R. y Díaz-Loving, R. (2000a). An approach to the origin of values. *Psychology and Education-An Interdisciplinary Journal*, 38 (3), 49-53.
- Díaz-Guerrero, R. y Díaz-Loving, R. (2000b). Needs and values in three cultures. Controversy and a dilemma. *Interdisciplinaria*, 17 (2), 137-151.

- Díaz-Guerrero, R. y Díaz-Loving, R. (2001). El origen psicológico de los valores. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 17 (2), 91-101.
- Díaz-Guerrero, R., Moreno-Cedillos y Díaz-Loving, R. (1995). Un eslabón perdido en la investigación sobre valores y su persistencia. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9 (1), 1-10.
- Díaz-Guerrero, R., Moreno-Cedillos, A. y Rivera-Aragón, S. (2004). *The value construct, a quantitative missing link and its advised transcendence*. Manuscrito en preparación. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Díaz-Guerrero, R. y Szalay, L. B. (1993). *El mundo subjetivo de mexicanos y norteamericanos*. México: Ed. Trillas.
- Duncan, D. F. (1983). Family stress and the initiation of adolescent drug abuse: Retrospective study. En: T. J. Glynn (Ed.) *Drugs and the family. NIDA Research Issues Num. 29*, Washington, DC, 92-93.
- Fals-Stewart, W. (1999). Drug-abusing patients and their intimate partners: Dyadic adjustment, relationship stability, and substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 11-23.
- Farrell, A. & White, K. (1998). Peer influences and drug use among urban adolescents: Family structure and parent-adolescent relationship factors. *Journal of Consult & Clinical Psychology*, 66, 2248-258.
- Félix-Ortiz, M., Fernández, A. & Newcomb, M. Dd (1998). The role of intergenerational discrepancy of cultural orientation in drug use among Latin adolescents. *Substance Use & Misuse*, 33, 967-994.
- Flores-Pérez, E., Diaz-Negrete, B., González-Sánchez, J. D. y Córdova, A. (1999). Actitudes del personal educativo ante el estudiante usuario de drogas. México: Subdirección de Investigación, Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 98-27*.
- Flores-Galaz, M. y Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: Ed. Porrúa-UADY.
- Friedemann ML y Musgrove JA (1994). Perceptions of inner city substance abusers about their families. *Arch Psychiatr Nurs*, 8, 115-123.
- García-Aurrecoechea, R. (2001). Tendencias del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ entre 1990–1999. México: Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 2000-06*.
- García-Aurrecoechea, R. (2003a). Epidemiología del Consumo de Marihuana en México. En: M. C. Balanzario (Coord.) *Marihuana. Investigación Epidemiológica, Psicosocial, Clínica y Farmacológica. Revisión Documental*. México: Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 03-12*, 7-14.

- García-Aurrecochea, R. (2003b). El uso crónico de marihuana y sus problemas asociados. En: M. C. Balanzario (Coord.) *Marihuana. Investigación Epidemiológica, Psicosocial, Clínica y Farmacológica. Revisión Documental*. México: Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 03-12*, 48-66.
- García-Aurrecochea, R., Castillo-Franco, P. I. y Guerrero, J. A. (2004). Diferencias del Consumo de Drogas entre pacientes de Centros de Integración Juvenil distribuidos según la etapa de vida correspondiente al Ingreso a Tratamiento. En: D. B. Díaz-Negrete y M. C. Balanzario (Comps.) *Estudios Epidemiológicos del consumo de drogas en usuarios de los servicios de Centros de Integración Juvenil*. (pp. 61-88). México: Centros de Integración Juvenil.
- García-Aurrecochea, R., Díaz-Guerrero, R. y Medina-Mora, M. E. (2007). Déficit de satisfacción de necesidades en usuarios de drogas solicitantes de tratamiento. *Adicciones*, 19 (3), 289-296 .
- García-Aurrecochea, R., Díaz-Guerrero, R. y Reyes-Lagunes, I. (2006). Factores motivacionales asociados al consumo de marihuana y/o cocaína. *La Psicología Social en México*, XI (1), 181-188.
- García-Aurrecochea, R., Díaz-Guerrero, R., Reyes-Lagunes, I., Medina-Mora, M. E., Andrade-Palos, P. y Reidl, L. (2006). Indicadores Psicosociales de Motivación del Consumo de marihuana y/o cocaína. *Adicciones*, 18 (4), 387-398.
- García-Aurrecochea, R., Fukushima, E. A., Gracia, S. E., Jiménez-Silvestre, K. y Cielo, D. B. (2006). Evaluación formativa de un programa de tratamiento teóricamente sustentado. Segunda fase: prueba de instrumentos para la evaluación de un programa de Tratamiento para Usuarios de Estimulantes (TUE). México: Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 06-12*.
- García-Aurrecochea, R. y Gracia, S. E. (2004, octubre). *Adaptación del modelo de la pirámide de necesidades de Maslow en jóvenes de la Ciudad de México*. Sesión de cartel presentada en el Décimo Congreso de la Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO), Cd. Obregón, Sonora, México.
- García-Aurrecochea, R. y Gracia, S. E. (2004). Grado de satisfacción de necesidades y consumo actual de marihuana y/o cocaína en jóvenes varones solicitantes de tratamiento. México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. *Informe de Investigación 04-10*.
- García Aurrecochea, R., Gracia, S. E., Gutiérrez López, A. D., Balanzario, M. C. y Guerrero, A. (2005). Evaluación formativa de un programa de tratamiento teóricamente sustentado. Primera fase: evaluación de necesidades de tratamiento breve individual del trastorno de abuso de cocaína/crack. México: Centros de Integración Juvenil. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. *Informe de Investigación 05-17*.

- García-Aurrecochea, R., Gutiérrez-López, A. D., Casais, D. M. y Castillo-Franco, I. (1998). Perfil de usuarios actuales y trayectoria del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 1996. En B. D. Diaz-Negrete y M. C. Balanzario (Coord.) *Estudios epidemiológicos del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ entre 1990 y 1997*. México: Centros de Integración Juvenil.
- García-Aurrecochea, R., Jiménez-Silvestre, K. y Gracia, S. E. (En preparación). *Evaluación formativa de un programa de tratamiento teóricamente sustentado. Tercera Fase: Evaluación piloto de un tratamiento breve multifactorial para usuarios de estimulantes (TUE)*. México: Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Centros de Integración Juvenil.
- García-Aurrecochea, R., Rodríguez-Kuri, Córdova (2006). Validación de escalas de riesgo y protección de trastornos del afecto y consumo de drogas. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, México: Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 06-17*.
- García-Aurrecochea, R., Rodríguez-Kuri, Córdova (En preparación). *Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas*.
- García-Blancas, A. R. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México*. Tesis de licenciatura en psicología no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gavazzi, S. M. (1993). The relation between family differentiation levels in families with adolescents and the severity of presenting problems. *Family Relations* 42, 463-468.
- Gil, A. G., Vega, W. A. & Biafora, F. (1998). Temporal influences of family structure and family risk factors on drug use initiation in a multiethnic sample of adolescent boys. *Journal of Youth & Adolescence*, 27, 373-393.
- González-Sánchez, J. D., García-Aurrecochea, R. y Córdova, A. (2004). Uso de sustancias entre adolescentes y su relación con síntomas de depresión y su percepción de sus relaciones familiares. México: Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 04-03*.
- Gracia, S. E., Saldívar-Garduño, A., y Contreras-Ibañez, C. C. (2002). Validación de la escala de búsqueda de sensaciones: Rasgo de personalidad y su importancia en la adicción a las drogas. *La Psicología Social en México*, IX, 411-418.
- Guerra-Lobera, I., Diaz-Negrete, B., González-Sánchez, J. D. y Arellanes J. (1999). Adherencia escolar y consumo de drogas. México: Subdirección de Investigación, Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 99-07*.

- Guisa, V. M., Díaz-Barriga, L., Sánchez-Huesca, R. y Sousa, M. (2001). *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Gutiérrez-López, A. D. y Castillo-Franco, I. (2002). El Consumo de Drogas entre Pacientes que Ingresaron a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil durante el 2001. México: Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 02-01*.
- Gutiérrez-López, A. D. y Castillo-Franco, P. I. (2007). Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, Enero-Junio, 2006. México: Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 07-01*.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall, Iberia (p. 279).
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Hoffmann, J. P. (1993). Exploring the direct and indirect family effects on adolescent drug use. *The Journal of Drug Issues*, 23, 535-557.
- Hoffmann, J. P. (1995). The effects of family structure and family relations on adolescent marijuana use. *International Journal of Addictions*, 30, 1207-1241.
- Hoffmann, J., Cerbone, F. & Su, S. (2000). A growth curve analysis of stress and adolescent drug use. *Substance Use & Misuse* 35, 687-716.
- Hoffmann, J. & Cerbone, F. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis. *Drug Alcohol Dependence* 66, 255-264.
- Hoffmann, J. P. & Johnson, R. A. (1998). A national portrait of family structure and adolescent drug use. *Journal of Marriage & Family*, 60, 633-645.
- Hoffmann, J. P. & Su, S. S. (1998). Parental substance use disorder, mediating variables and adolescent drug use: A non-recursive model. *Addiction*, 93, 1351-1364.
- Iversen, L. (2001). *Marihuana, conocimiento científico actual*. Barcelona: Ariel.
- Jester, J., Jacobson, S., Sokol, R., Tuttle, B. & Jacobson, J. (2000). The influence of maternal drinking and drug use on the quality of the home environment of school-aged children. *Alc Clin & Exp Res* 24, 1187-1197.
- Kaufman, E. & Borders, L. (1984). Adolescent substance abuse in Anglo-American families. *Journal of Drug Issues*, 14, 365-377.
- Kuwata, T. & Suwaki, H. (1998). A clinical study of substance dependence patients combined with other psychiatric disorders. *Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence*, 33, 574-586.
- Laing, R. D. (1972). *Knots*. New York: Vintage Books Edition.

- Labigalini, E. Jr., Rodrigues, L. R. & Da Silveria, D. X. (1999). Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31 (4), 451-455.
- Larrañaga, A. (2004 enero-marzo). Centro de día: una opción de tratamiento integral para usuarios de drogas. En *CIJ Informa*, 9 (30), 8-13.
- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M. & Plant, M. (2002). Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 52-60.
- Leve, L. D. & Fagot, B. I. (1997). Gender-role socialization and discipline processes in one- and two-parent families. *Sex Roles*, 36, 1-21.
- Levine, B. L. (1985). Adolescent substance abuse: toward an integration of family systems and individual adaptation theories. *The American Journal of Family Therapy*, 13 (2), 3-16.
- Ley General de Salud (2005). *Ley de salud para el Distrito Federal y disposiciones complementarias. Tomos I y II*. México: Ed. Porrúa.
- Lingford-Hughes, A (2005). Human brain imaging and substance abuse. *Current Opinion on Pharmacology*, 5 (1), 42-46.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa. La Terapia Familiar en la Práctica Clínica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Linares, J. L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada; Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Luengo, M. A., Carrillo, M. T., Otero, J. M. & Romero, E. (1994). A short-term longitudinal study of impulsivity and antisocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 542-548.
- Luengo, M. A., Romero, E, Gómez, J. A., Guerra, A. & Lence, M. (1998). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Luthar, S., Glick, M., Zigler, E. & Rounsaville, B. J. (1993). Social competence among cocaine abusers: Moderating effects of comorbid diagnoses and gender. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 19, 283-298.
- Machamer, A. M. & Gruber, E. (1998). Secondary school, family, and educational risk: Comparing American Indian adolescents and their peers. *Journal of Educational Research*, 91, 357-369.
- MacMahon, B. y Pugh, T. F. (1984). *Principios y Métodos de Epidemiología*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Malan, D. H., (1974), *La psicoterapia breve*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

- Malan, D. H., (1983), *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*. Psiquiatría, Psicopatología y Psicósomática. México: Ed. Paidós.
- Maltzman, I. (1991). Individual and family characteristics of middle class adolescents hospitalized for alcohol and other drug abuse. *British Journal of Addiction* 86, 1435-1447.
- Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M. & Rush, B. (2000). *International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. World Health Organization.
- Maslow, A. (1954/1970a) A theory of human motivation. En A. Maslow, *Motivation and personality* (pp. 35-57). New York and London: Harper and Row Publishers.
- Maslow, A. (1954/1970b) Psycho-pathogenesis and the theory of threat. En A. Maslow, *Motivation and personality* (pp. 105-115). New York and London: Harper and Row Publishers.
- Maslow, A. (1990a). La neurosis como deficiencia del desarrollo personal. En A. Maslow, *La amplitud potencial de la naturaleza humana* (pp. 39-53). México: Trillas.
- Maslow, A. (1990b). La sinergia en la sociedad y en el individuo. En A. Maslow, *La amplitud potencial de la naturaleza humana* (pp. 195-206). México: Trillas.
- Maslow, A. (2001a). Introducción: Hacia una psicología de la salud. En A. Maslow, *El hombre autorrealizado* (pp. 25-31). Barcelona: Kairos.
- Maslow, A. (2001b). Motivación de la deficiencia y motivación del desarrollo. En A. Maslow, *El hombre autorrealizado* (pp. 45-72). Barcelona: Kairos.
- Maslow, A. (2001c). Propositiones básicas de una psicología del desarrollo y la autorrealización. En A. Maslow. *El hombre autorrealizado* (pp. 235-263). Barcelona: Kairos.
- McBroom, J. R. (1994). Correlates of alcohol and marijuana use among junior high school students: Family, peers, social problems, and psychological concerns. *Youth & Society*, 26, 54-68.
- McKay JR, Murphy RT, Rivinus TR y Maisto SA (1991). Family dysfunction and alcohol and drug use in adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30, 967-972.
- Medina-Mora, M. E. (2002). Tendencias del abuso de drogas en México. *CONADIC Informa. No. Especial Farmacodependencia, Junio 2002. En* <http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/BOLFARTend.htm>.
- Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F. y Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública*, 45 (1), 16-25.

- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Fleiz, C. (1999). Uso indebido de sustancias. En: Estudio de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 17 años. *Trabajadores en 100 ciudades*, 7, 369-374.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., López, E., Berenzon, S., Carreño S. y Juárez F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 131, 383-387.
- Mendoza, A. R. (2004). *Necesidades y valores: comparación entre dos grupos de trabajadores de una Universidad pública*. Tesis de maestría no publicada. México: Universidad del Estado de Yucatán.
- Miles, D. R., Stallings, M., C., Young, S., E., Hewitt, J. K., Crowley, T. J. & Fulker, D. W. (1998). A family history and direct interview study of the familial aggregation of substance abuse: The adolescent substance abuse study. *Drug & Alcohol Dependence*, 49, 105-114.
- Minuchin S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Ed. Granica.
- Mora-Ríos, J., González-Forteza, C., Vauguier, V. y Jiménez, A. (1994). Representación semántica del concepto familia en adolescentes. *La Psicología Social en México*, V, 88-93.
- Mora-Ríos, J., González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, A. y Andrade-Palos, P. (1999). El significado psicológico del concepto "familia" en estudiantes a través del uso de redes semánticas. *Revista Interamericana de Psicología*, 33, 1, 31-48.
- Munist, m., Santos, H., Kotliarenco, A., Suárez, N., Infante, F. y Grotberg, (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W. K. Kellogg.
- Nacional Institute on Drug Abuse [NIDA] (1999). *Manual I. Tratamiento de la Adicción a la Cocaína: Un Enfoque Cognitivo-conductual*. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Noone, R. J. (1983). Case studies in the family treatment of drug abuse. En: T. J. Glynn (Ed.). *Drugs and the family*. *NIDA Research Issues Num. 29*. Washington, DC, 243-244.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *World drug Report 2004*.
- Organización Mundial de la Salud, [OMS] (1993). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento*, Madrid: Editorial Forma.

- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína*. Tesis doctoral no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ortiz, A., Soriano, A. y Galván, J. (2001). El Sistema de Reporte de Información de Drogas SRID. En Medina-Mora (Coordinadora) (2001). *Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México 2001*. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centros de Integración Juvenil, A.C., Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos, A.C., México.
- Pérez, A. y Mejía, I. (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 10 (2), 111-119.
- Phares, V. (1992). Where's Poppa?. *American Psychologist*, 47, 656-664.
- Ponce, M. (2004). Modelo Preventivo de Centros de Integración Juvenil. *Congreso Internacional de Adicciones*. Centros de Integración Juvenil, A. C., México, D.F.: 22 al 24 de Octubre.
- Ramos, J. A. y Fernández, J. J. (2000). Sistema cannabinoide endógeno: ligandos y receptores acoplados a mecanismos de transducción de señales. En J. Bobes y A. Calafat (Eds.), Monografía Cannabis. Cannabis sativa. *Adicciones*, 12, suplemento 2, 59-82. <http://www.psiquiatria.com.es/socidrogalcohol/cannabis.pdf>
- Reilly, D. M. (1983). Family factors in the etiology and treatment of youthful drug abuse. En: T. J. Glynn (Ed.). *Drugs and the family. NIDA Research Issues Num. 29*, 125-127.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales: Su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9, 81-97.
- Rincón, A. y Villafán, M. (2000). *Ambiente Familiar y Filosofía de Vida en jóvenes farmacodependientes y no farmacodependientes*. Tesis de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez-Kuri, S. E. (2003). Usos Médicos de la Cannabis. En: M. C. Balanzario (Coord.) *Mariguana. Investigación Epidemiológica, Psicosocial, Clínica y Farmacológica. Revisión Documental. Informe de Investigación 03-12*. México: Centros de Integración Juvenil. (pp. 133-149).
- Rodríguez-Kuri, S. E. (2004). *Factores familiares y de pares asociados al consumo de drogas*. Tesis de maestría no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez-Kuri, S. E. y Pérez-Islas, V. (2002). Resiliencia y consumo de drogas entre estudiantes de secundaria. *Psicología Iberoamericana*, 10 (2), 42-47.

- Rodríguez-Kuri, S. E., Pérez-Islas, V. y Córdova, A. (2004). Factores familiares y de grupo de pares asociados al consumo de drogas en estudiantes de educación media. México: Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 04-01*.
- Rodríguez-Kuri, S., Arellanes, J. L., Díaz-Negrete, D. B. y González-Sánchez, J. D. (1999). *Ajuste psicosocial y consumo de drogas. CIJ*. México: Centros de Integración Juvenil. *Informe de Investigación 97-27*.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: The Free Press.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Argentina: Paidós
- Rounsaville, B. J. (1988). The role of psychopathology in the familial transmission of drug abuse. En: Pickens RW y Svikis DS (eds.). *Biological vulnerability to drug abuse*. NIDA Research Monograph 89, Rockville, 1988 (pp. 108-119).
- Rounsaville, B. J., Kosten, T. R., Weissman, M. M., Prusoff, B., Pauls, D., Anton, S. F. & Merikangas, K. (1991). Psychiatric disorders in relatives of probands with opiate addiction. *Archives of General Psychiatry*, 48, 33-42.
- Salem, D. A., Zimmerman, M.A. & Notaro, P. C. (1998). Effects of family structure, family process, and father involvement on psychosocial outcomes among African American adolescents. *Family Relations*, 47, 331-341.
- Sánchez, P. (2004). Monte Fénix: Modelo las Flores. *Congreso Internacional de Adicciones*. Centros de Integración Juvenil, A. C., México: 22 al 24 de Octubre.
- Scheier, L. M. & Botvin, G. J. (1998). Relations of social skills, personal competence, and adolescent alcohol use: A developmental exploratory study. *Journal on Early Adolescence*, 18, 77-114.
- Schellenbach, C. J. & Guernsey, L. F. (1987). Identification of adolescent abuse, and future intervention prospects. *Journal of Adolescence*, 10, 1-12.
- Schwartz, S. H. & Ros, M. (1995). Values in the west: A theoretical and empirical challenge to the individualism-collectivism cultural dimension. *World Psychology*, 1 (2), 91-122.
- Secretaría de Salud--CONADIC (1998). *Construye tu vida sin adicciones*. Manual del facilitador. Población objetivo: Adultos. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología (1988). *Encuesta Nacional de Adicciones 1988*. México.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología (1993). *Encuesta Nacional de Adicciones 1993*. México.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología (1999), Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Encuesta Nacional de Adicciones 1998*. México.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Geografía e Informática (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México.

- Selvini M., Boscolo L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- Shah, A. A. & Aziz, S. (1994). Perception of father's personality by addicts and nonaddicts. *Journal of Social Psychology* 134, 121-122.
- Sheridan, M. J. (1995). A proposed intergenerational model of substance abuse, family functioning, and abuse/neglect, *Child Abuse Negligence*, 19, 519-530.
- Shucksmith, J, Glendinning, A. & Hendry, L. (1997). Adolescent drinking behavior and the role of family life: A Scottish perspective. *Journal of Adolescence*, 20, 85-101.
- Silber S, Bermann E, Henderson M y Lehman A (1993). Patterns of influence and response in abusing and non abusing families. *Journal of Family Violence*, 8, 27-38.
- Sistema Institucional de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (2007). *Bases de datos de pacientes atendidos de 1990 al primer semestre 2006*. México: Dirección de Investigación y Enseñanza. Centros de Integración Juvenil. Disponible en www.cij.gob.mx
- Spieker S., Rogers, G., Lewis S., Morrison D. y Lohr, M. (2001). Psychological distress and substance use by adolescent mothers: Associations with parenting attitudes and the quality of mother-child interaction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 83-93.
- Stewart, C. (2002). Family factors of low-income African American youth associated with substance use: An exploratory analysis. *J Ethn Subst Ab*, 1, 97-111.
- Stoker, A. & Swadi, H. (1990). Perceived family relationships in drug abusing adolescents. *Drug & Alcohol Dependence*, 25, 293-297.
- Szalay, L. B. & Bryson, A. (1974) Psychological Meaning; Comparative Analysis and Theoretical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30 (6), 860-870.
- Szalay, L. B., Bovasso, G., Vilov, S. & Williams, R. (1992). Assessing treatment effects through changes in perceptions and cognitive organization. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 18 (4), 407-428.
- Szalay, L. B., Vilov, S. & Strohl, J. (1992). Charting the psychological correlates of drug abuse. En R. R. Watson (Ed). *Drug abuse treatment. Drug and alcohol abuse reviews*, Vol. 4. (pp. 99-120). Clifton, NJ, US: Humana Press, Inc.
- Szalay, L. B., Inn, A., Strohl, J. & Wilson, L. (1993). Perceived harm, age, and drug use: Perceptual and motivational dispositions affecting drug use. *Journal of Drug Education*, 23 (4), 333-356.

- Szalay, L. B., Strohl, J. & Doherty, K. (1999). *Psychoenvironmental forces in substance abuse prevention* (Cognition and language Series). Institute of Comparative Social and Cultural Studies, Inc. Chevy Chase, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Tapia-Conyer, R., Kuri, P., Cravioto, P., De la Rosa, B., Fernández, B. y Galván, F. (2001). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones SISVEA. En Medina-Mora (Coordinadora) (2001). *Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México 2001*. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centros de Integración Juvenil, A.C., Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos, A.C., México.
- Thornberry, T. P. (1987). Toward an interactional theory. *Criminology*, 25, 863.
- Tirandis, H. C. (1989). Cross-cultural studies of individualism and colectivism. En J. Verman (Ed.), *Nebraska simposium on motivation* (pp. 40-133), Lincoln: University of Nebraska Press.
- Tubman, J. G. & Windle, M. (1995). Continuity of difficult temperament in adolescence: Relations with depression, life events, family support, and substance use across a one-year period. *Journal of Youth & Adolescence*, 24, 133-153.
- United Nations Organization (UNO) (2004). Annual Reports Questionarie Data and national reports 2002.
- Vachez, M. (2004). Modelo de Grupo Oceánica. *Congreso Internacional de Adicciones*. Centros de Integración Juvenil, A. C., México: 22 al 24 de Octubre.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Juárez, F., Rojas, E., Carreño, S. y Berenzon, S. (1998). Drug use pathways among high school students of Mexico. *Addiction*, V (93), Issue 10 p. 1577.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Rojano, C., Bermúdez, P. y Castro, P. (2001). Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior. Ciudad de México. En Medina-Mora (Coordinadora) (2001). *Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México 2001*. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centros de Integración Juvenil, A.C., Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos, A.C., México.
- Volkow, N. (2005). What do we Know about drug addiction?. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1401-1402.
- Volkow, N., Fowler, J. & Wang, G. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *Journal of Clinical Investigation*, 11, 1444-1451.
- Watzlawick P., Beavin J. y Jackson D. (1986). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Weidman, A. A. (1985). Engaging the families of substance abusing adolescents in family therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 97-105.

Wills, T., Sandy, J., Yaeger, A. & Shinar, O. (2001). Family risk factors and adolescent substance use: Moderation effects for temperament dimensions. *Deviant Psychology*, 37, 283-297.

Wiseman, E. & McMillan (1998). Rationale for cigarette smoking and for mentholation preference in cocaine- and nicotine- dependent outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (6), 358-363.

Yamaguchi, K. & Kandel, D. B. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood, II: sequences of progression. *American Journal of Public Health*, 74, 688-762.

Yeh, L., S., Hedgespeth, J. (1995). A multiple case study comparison of normal private preparatory school and substance abusing/mood disordered adolescents and their families. *Adolescence*, 30, 413-428.

<http://www.camporenacimiento.com/adiccion/cannabis.htm>

<http://www.camporenacimiento.com/adiccion/cocaina.htm>

http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol13N2/Brain.htm

<http://www.mind-surf.net/drogas/marihuana.htm>

<http://www.psy.plym.ac.uk/year3/psy337DrugAddiction/theorydrugaddiction.htm>